Deutscher Bundestag **Drucksache 14/7824**

14. Wahlperiode 12. 12. 2001

Beschlussempfehlung*)

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

1. zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 14/6893 –

Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG)

2. zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 14/7421, 14/7461 –

Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG)

A. Problem

Zur Einführung eines diagnose-orientierten Fallpauschalensystems (auch: Diagnosis Related Groups – DRG) ist die noch offene Einbindung in die Krankenhausfinanzierung zu regeln.

B. Lösung

Beschluss des vorgelegten Fallpauschalengesetzes. Dieses regelt insbesondere:

- die Ein- und Überführungsphase des Fallpauschalensystems bis zum 31. Dezember 2006,
- dessen Einbindung in den Grundsatz der Beitragssatzstabilität,
- die Leistungsmengensteuerung,
- die Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts,

---

*) Der Bericht des Abgeordneten Dr. Hans Georg Faust wird gesondert verteilt.

- verstärkte Transparenz- und Qualitätssicherungsverpflichtungen der Krankenhäuser,
- die erforderlichen Vergütungsvereinbarungen,
- Tatbestände für Zu- und Abschläge sowie
- begleitende Maßnahmen.

Annahme des Gesetzentwurfs der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 14/6893 mit den Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, der FDP und der PDS

Einvernehmliche Erledigterklärung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung auf Drucksachen 14/7421, 14/7461

C. Alternativen

Ablehnung des Gesetzentwurfs der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

D. Kosten der öffentlichen Haushalte

Kommunen und Ländern können als Trägern von Krankenhäusern zusätzliche Aufwendungen für die Finanzierung der erforderlichen administrativen Infrastruktur insbesondere im Bereich EDV-Ausstattung entstehen. Die damit verbundene Steigerung der Effizienz der Krankenhausverwaltungen dürfte bereits auf mittlere Sicht die Mehraufwendungen überwiegen. Zudem ist der Aufbau EDV-gestützter Leistungs- und Kostenerfassungssysteme unabhängig von der Einführung des neuen Entgeltsystems in den Krankenhäusern notwendig. Bund, Ländern und Gemeinden sowie den Wirtschaftspartnern von Krankenhäusern und Krankenkassen entstehen keine unmittelbaren zusätzlichen Kosten.

E. Sonstige Kosten

Im Hinblick auf das Umsatzvolumen der Krankenhäuser in Höhe von über 50 Mrd. Euro und die durch das neue Entgeltsystem bewirkte Verbesserung der Wirtschaftlichkeit im Krankenhausbereich ist eine Erhöhung der Einzelpreise, des allgemeinen Preisniveaus und insbesondere des Verbraucherpreisniveaus auf Grund des Gesetzes nicht zu erwarten. Mit einer Erhöhung der Beiträge zur Krankenversicherung und somit einer zusätzlichen Belastung für die Beitragszahler ist nicht zu rechnen. Durch die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven (Verkürzung der Verweildauern, Optimierung der Ablauf- und Aufbauorganisation) kann vielmehr mittelfristig der Druck auf die Beitragssätze vermindert werden.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

1. den Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 14/6893 – in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung (Anlage 1 allerdings in der Fassung des als Anlage 2 beigefügten Änderungsantrags 18 – neu – der Ausschussdrucksache 1244 des Ausschusses für Gesundheit) anzunehmen und

   1. Abschnitt E1 wird wie folgt geändert:

      a) In der Überschrift wird nach dem Zeichen „*)“ das Zeichen „**)“ angefügt.

      b) Folgende Fußnote wird angefügt:

         „**) Ist in den Abrechnungsbestimmungen für den Fall einer Zusammenarbeit von Krankenhäusern im Verlegungsfall bestimmt, das die Fallpauschale zwischen den beteiligten Krankenhäusern aufzuteilen ist, so trägt jedes Krankenhaus in den Spalten 5 und 6 seinen voraussichtlichen Erlösanteil ein“

   2. Abschnitt B1 wird wie folgt geändert:

      a) In „lfd. Nr.“ 12 wir das Zeichen „*)“ angefügt.

      b) Nach „lfd. Nr.“ 21 wird folgende Zeile angefügt:

         „22 nachrichtlich: Basisfallwert ohne Ausgleiche und Berichtigungen“

      c) Folgende Fußnote wird angefügt:

         „*) Die Ausgleiche und Berichtigungen sind auf einem gesonderten Blatt einzeln auszuweisen.“

   3. Abschnitt B2 wird wie folgt geändert:

      a) Die „lfd. Nr.“ 3 wird wie folgt gefasst:

         „+/– Veränderung Entgelte § 6 (Nrn. 1B und 3)

      b) In „lfd. Nr.“ 8 wird hinter der Angabe „Nr. 2“ die Angabe „; nur 2005“ eingefügt.

      c) In „lfd. Nr.“ 24 wird das Zeichen „*)“ angefügt.

      d) Nach „lfd. Nr.“ 27 wird folgende Zeile angefügt:

         „28 nachrichtlich: Basisfallwert ohne Ausgleiche und Berichtigungen“

      e) Die Fußnote „*)“ wird wie folgt gefasst:

         „*) Die Ausgleiche und Berichtigungen sind auf einem gesonderten Blatt einzeln auszuweisen.“;

2. den Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 14/7421, 14/7461 – für erledigt zu erklären.

Berlin, den 12. Dezember 2001

Der Ausschuss für Gesundheit

Klaus Kirchner
Vorsitzender

Dr. Hans Georg Faust
Berichterstatter

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG) – Drucksache 14/6893 – mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG)	**Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG)**
Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1	**Artikel 1**
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	**Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046), wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046), wird wie folgt geändert:
1. § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:	1. unverändert
„1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; mit Ausnahme von Notfällen und einer mit Einwilligung der Krankenkassen erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus gilt dies bei Abrechnung einer Fallpauschale nicht für eine Verlegung in ein nachsorgendes Krankenhaus,“	
	1a. In § 63 Abs. 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ die Wörter „,des Krankenhausentgeltgesetzes“ eingefügt.
	1b. In § 64 Abs. 3 Satz 3 werden nach dem Wort „Bundespflegesatzverordnung“ die Wörter „oder nach § 3 oder § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes“ eingefügt.
	1c. In § 69 Satz 2 werden nach dem Wort „Krankenhausfinanzierungsgesetz“ die Wörter „,dem Krankenhausentgeltgesetz“ eingefügt.
2. In § 71 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen“ gestrichen.	2. unverändert
3. In § 109 *Abs.* 1 werden die Sätze 4 und 5 durch folgende Sätze ersetzt:	3. § 109 **wird wie folgt geändert**:
	a) In **Absatz** 1 werden die Sätze 4 und 5 durch folgende Sätze ersetzt:
„Die Vertragsparteien nach Satz 1 können im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde Änderungen der Leistungsstruktur eines nach § 108 zugelassenen Krankenhauses im Rahmen des Versorgungsauftrags oder eine Änderung des Versor-	„Die Vertragsparteien nach Satz 1 können im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde Änderungen der Leistungsstruktur eines nach § 108 zugelassenen Krankenhauses im Rahmen des Versorgungsauftrags oder eine Änderung

Entwurf

gungsauftrags vereinbaren, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Schwerpunktbildung, der Spezialisierung und der Qualitätssicherung. Werden von einer beabsichtigten Änderung der Leistungsstruktur oder des Versorgungsauftrags auch andere Krankenhäuser in der Versorgungsregion berührt, erhalten diese Gelegenheit zur Stellungnahme. Kommt bei einem Plankrankenhaus eine Vereinbarung nicht zustande, kann jede Vertragspartei nach Satz 1 gegenüber der zuständigen Landesbehörde eine Änderung des Feststellungsbescheids nach § 8 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, mit dem das Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen worden ist, anregen."

4. § 120 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „,Polikliniken und sonstiger" durch das Wort „und" ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Leistungen der *Polikliniken*, der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Vergütung wird von den

Beschlüsse des 14. Ausschusses

des Versorgungsauftrags vereinbaren, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Schwerpunktbildung, der Spezialisierung und der Qualitätssicherung. Werden von einer beabsichtigten Änderung der Leistungsstruktur oder des Versorgungsauftrags auch andere Krankenhäuser in der Versorgungsregion berührt, erhalten diese Gelegenheit zur Stellungnahme. Kommt bei einem Plankrankenhaus eine Vereinbarung nicht zustande, kann jede Vertragspartei nach Satz 1 gegenüber der zuständigen Landesbehörde eine Änderung des Feststellungsbescheids nach § 8 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, mit dem das Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen worden ist, anregen."

b) In Absatz 4 Satz 3 werden nach dem Wort „Krankenhausfinanzierungsgesetzes" die Wörter „,des Krankenhausentgeltgesetzes" eingefügt.

3a. § 117 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort „Polikliniken" durch das Wort „Hochschulambulanzen" ersetzt.

b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Der Zulassungsausschuss (§ 96) ist verpflichtet, auf Verlangen von Hochschulen oder Hochschulkliniken die Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 genannten Personen zu ermächtigen. Die Ermächtigung ist so zu gestalten, dass die Hochschulambulanzen die Untersuchung und Behandlung der in Satz 1 genannten Personen in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchführen können. Das Nähere zur Durchführung der Ermächtigung regeln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich durch Vertrag mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken."

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „poliklinischer Institutsambulanzen" durch die Wörter „der Hochschulambulanzen" ersetzt und nach den Wörtern „Umfangs und" werden die Wörter „der Ambulanzen" eingefügt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „poliklinischer Institutsambulanzen" durch die Wörter „der Hochschulambulanzen" ersetzt.

4. § 120 wird wie folgt geändert:

a) unverändert

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Leistungen der **Hochschulambulanzen**, der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Die Vergütung wird von den

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den *Trägern der* Hochschulkliniken, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart. Sie muss die Leistungsfähigkeit der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Bei der Vergütung der *Polikliniken* soll eine Abstimmung mit *der Vergütung* für *vor- und nachstationäre* Leistungen *(§ 115a)* erfolgen *und mindernd berücksichtigt werden, dass die Leistungserbringung im Rahmen von Forschung und Lehre erfolgt.* Bei *Polikliniken* an öffentlich geförderten Krankenhäusern ist *zusätzlich* ein Investitionskostenabschlag zu berücksichtigen. Die Gesamtvergütungen nach § 85 für das Jahr 2003 sind auf der Grundlage der um die für Leistungen der Polikliniken gezahlten Vergütungen bereinigten Gesamtvergütungen des Vorjahres zu vereinbaren.“	Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den **Hochschulen oder** Hochschulkliniken, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart. Sie muss die Leistungsfähigkeit der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Bei der Vergütung der **Leistungen der Hochschulambulanzen** soll eine Abstimmung mit **Entgelten für vergleichbare** Leistungen erfolgen. Bei **Hochschulambulanzen** an öffentlich geförderten Krankenhäusern ist ein Investitionskostenabschlag zu berücksichtigen. Die Gesamtvergütungen nach § 85 für das Jahr 2003 sind auf der Grundlage der um die für Leistungen der Polikliniken gezahlten Vergütungen bereinigten Gesamtvergütungen des Vorjahres zu vereinbaren.“
c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
	aa) **In Satz 1 wird das Wort „Polikliniken“ durch das Wort „Hochschulambulanzen“ ersetzt.**
aa) In Satz 2 werden die Wörter „, bei den Polikliniken zusätzlich um einen Abschlag von 20 vom Hundert für Forschung und Lehre“ gestrichen.	bb) In Satz 2 werden die Wörter „, bei den Polikliniken zusätzlich um einen Abschlag von 20 vom Hundert für Forschung und Lehre“ gestrichen.
bb) In Satz 4 werden im ersten Halbsatz nach den Wörtern „wird für“ die Wörter „*die Polikliniken*,“ eingefügt und im zweiten Halbsatz die Wörter „Polikliniken und“ gestrichen.	**cc**) In Satz 4 werden im ersten Halbsatz nach den Wörtern „wird für“ die Wörter „**die Hochschulambulanzen**,“ eingefügt und im zweiten Halbsatz die Wörter „Polikliniken und“ gestrichen.“
5. § 137 Abs. 1 wird wie folgt geändert:	5. § 137 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
a) In Satz 1 werden nach den Wörtern „zugelassene Krankenhäuser“ die Wörter „einheitlich für alle Patienten“ eingefügt.	a) unverändert
b) Satz 3 wird wie folgt geändert:	b) Satz 3 wird wie folgt geändert:
aa) In Nummer 2 werden nach den Wörtern „medizintechnischer Leistungen,“ die Wörter „einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität,“ eingefügt.	aa) unverändert
bb) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:	bb) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:
„3. einen Katalog *der* Leistungen nach den §§ 17 und 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, *sowie Empfehlungen zu der* je Arzt oder Krankenhaus *erforderlichen* Mindestmenge und *Hinweise zu deren Anwendung*,“	„3. einen Katalog **planbarer** Leistungen nach den §§ 17 und 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, Mindestmenge**n für die jeweiligen Leistungen** je Arzt oder Krankenhaus und **Ausnahmetatbestände**,“
cc) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 4; das Wort „und“ wird durch ein Komma ersetzt.	cc) unverändert
dd) Die bisherige Nummer 4 wird Nummer 5; der Punkt wird durch das Wort „und“ ersetzt.	dd) unverändert
ee) Folgende Nummer 6 wird angefügt:	ee) Folgende Nummer 6 wird angefügt:
„6. Inhalt und Umfang eines *in regelmäßigen Abständen* zu veröffentlichenden strukturier-	„6. Inhalt und Umfang eines **im Abstand von zwei Jahren** zu veröffentlichenden struktu-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
ten Qualitätsberichtes der zugelassenen Krankenhäuser, in dem der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach Nummer 1 und 2 dargestellt wird.“	rierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, in dem der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach Nummer 1 und 2 **sowie der Umsetzung der Regelungen nach Nummer 3** dargestellt wird. **Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen. Er ist über den in der Vereinbarung festgelegten Empfängerkreis hinaus von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen. Der Bericht ist erstmals im Jahr 2005 für das Jahr 2004 zu erstellen.**“
	c) Nach Satz 3 werden folgende Sätze angefügt: **„Wenn die nach Satz 3 Nr. 3 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen ab dem Jahr 2004 entsprechende Leistungen nicht erbracht werden. Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte und die Versicherten auf der Basis der Qualitätsberichte nach Nummer 6 auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen.“**
6. In § 137c Abs. 2 werden die Sätze 2 und 3 wie folgt gefasst: „Der Ausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, zwei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen und der knappschaftlichen Krankenversicherung, fünf Vertretern der Krankenhäuser und vier Vertretern der Bundesärztekammer. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie über deren Stellvertreter sollen sich die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 einigen.“	6. unverändert
	6a. § 140 b Abs. 4 wird wie folgt geändert: **a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ die Wörter „,des Krankenhausentgeltgesetzes“ eingefügt.** **b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Bundespflegesatzverordnung“ die Wörter „oder nach § 3 oder § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes" eingefügt.**
	6b. In § 275 Abs. 1 Satz 1 wird Nummer 1 wie folgt gefasst: **„1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,“**
7. § 275a wird aufgehoben.	7. unverändert

Entwurf

8. *In* § 301 *Abs.* 1 Satz 1 Nr. 3 werden die Wörter „bei Neugeborenen unter einem Aufnahmealter von 29 Tagen das Geburtsgewicht,“ durch die Wörter „bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmegewicht,“ ersetzt.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

8. § 301 **wird wie folgt geändert**:

   a) Absatz 1 Satz 1 **wird wie folgt geändert**:

      aa) In Nummer 3 werden die Wörter „bei Neugeborenen unter einem Aufnahmealter von 29 Tagen das Geburtsgewicht,“ durch die Wörter „bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmegewicht,“ ersetzt.

      bb) In Nummer 9 werden nach den Wörtern „sowie nach“ die Wörter „dem Krankenhausentgeltgesetz und“ eingefügt.“

   b) Absatz 2 Satz 4 wird aufgehoben.

8a. In § 313a Abs. 3 werden nach dem Wort „Krankenhausfinanzierungsgesetz“ die Wörter „,des Krankenhausentgeltgesetzes“ eingefügt.

Artikel 2

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

(Entwurf)

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 27. April 2001 (BGBl. I S. 772), wird wie folgt geändert:

1. *In* § 5 Abs. 1 *Nr.* 7 werden die Wörter „Kurkrankenhäuser sowie“ gestrichen.

2. In § 6 Abs. 3 werden die Sätze 2 und 3 aufgehoben.

3. § 17 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

      „(1) Die Pflegesätze und die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen. Die Pflegesätze sind im Voraus zu bemessen. Bei der Ermittlung der Pflegesätze ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Krankenhausentgeltgesetzes zu beachten. Überschüsse verbleiben dem Krankenhaus; Verluste sind vom Krankenhaus zu tragen.“

Artikel 2

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

(Beschlüsse des 14. Ausschusses)

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 27. April 2001 (BGBl. I S. 772), wird wie folgt geändert:

01. § 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

   a) Nummer 1 wird aufgehoben.

   b) In Nummer 4 wird das Wort „oder“ nach dem Wort „Angestellten“ durch die Wörter „und, soweit die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten trägt, Krankenhäuser der Träger“ ersetzt.

1. § 5 Abs. 1 **wird wie folgt geändert**:

   a) In Nummer 7 werden die Wörter „Kurkrankenhäuser sowie“ gestrichen.

   b) In Nummer 10 wird der Punkt nach dem Wort „sind“ durch ein Komma ersetzt. Folgende Nummer wird angefügt:

      „11. Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen.“

2. unverändert

3. unverändert

Entwurf

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Soweit tagesgleiche Pflegesätze vereinbart werden, müssen diese medizinisch leistungsgerecht sein und einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Bei der Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität sind die zur Erfüllung des Versorgungsauftrags ausreichenden und zweckmäßigen Leistungen sowie die Pflegesätze, Fallkosten und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser oder Abteilungen angemessen zu berücksichtigen. Das vom Krankenhaus kalkulierte Budget ist für die Pflegesatzverhandlungen abteilungsbezogen zu gliedern. Es sind Abteilungspflegesätze als Entgelt für ärztliche und pflegerische Leistungen und ein für das Krankenhaus einheitlicher Basispflegesatz als Entgelt für nicht durch ärztliche oder pflegerische Tätigkeit veranlasste Leistungen vorzusehen.“

c) In Absatz 2a werden die Sätze 11 und 12 aufgehoben.

d) Absatz 4a wird aufgehoben.

e) In Absatz 4b wird Satz 5 aufgehoben.

f) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Werden die Krankenhausleistungen mit Fallpauschalen oder Zusatzentgelten nach § 17b vergütet, gelten diese als Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser im Sinne des Satzes 1.“

4. § 17b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 4 *werden* folgende Sätze *eingefügt*:

„Mit den Regelungen für die notwendige Vorhaltung von Leistungen sind Maßstäbe vorzugeben, unter welchen Voraussetzungen der Tatbestand einer notwendigen Vorhaltung vorliegt und in welchem Umfang grundsätzlich zusätzliche Zahlungen zu leisten sind; die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 prüfen, ob die Voraussetzungen im Einzelfall vorliegen, und vereinbaren die Höhe der abzurechnenden Sicherstellungszuschläge. Für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind Zuschläge zu vereinbaren; diese können auch in die Fallpauschalen eingerechnet werden.“

Beschlüsse des 14. Ausschusses

4. § 17b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a0) In Satz 1 zweiter Halbsatz werden nach dem Wort „Einrichtungen“ die Wörter „und der Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin“ eingefügt.

aa) Satz 4 **wird durch** folgende Sätze **ersetzt**:

„Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht in die Entgelte nach Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind bundeseinheitlich Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für die Notfallversorgung, für die nach Maßgabe dieses Gesetzes zu finanzierenden Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen und für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 der Bundespflegesatzverordnung. Für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind Zuschläge zu vereinbaren; diese können auch in die Fallpauschalen eingerechnet werden. **Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Entgelten nach Satz 1 nicht kostendeckend finanzierbar ist, sind**

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

bundeseinheitliche Maßstäbe zu vereinbaren, unter welchen Voraussetzungen der Tatbestand einer notwendigen Vorhaltung vorliegt sowie in welchem Umfang grundsätzlich zusätzliche Zahlungen zu leisten sind. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann ergänzende oder abweichende Vorgaben zu den Voraussetzungen nach Satz 6 erlassen, insbesondere um die Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten zu gewährleisten; dabei sind die Interessen anderer Krankenhäuser zu berücksichtigen. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 prüfen, ob die Voraussetzungen für einen Sicherstellungszuschlag im Einzelfall vorliegen und vereinbaren die Höhe der abzurechnenden Zuschläge."

Entwurf:

bb) Im neuen Satz *7* wird nach den Wörtern „bundeseinheitlich festzulegen" das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der nachfolgende Satzteil gestrichen.

cc) Im neuen Satz *8* wird der den Satz abschließende Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„sie können für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt abgesenkt oder in Abhängigkeit von der Fallzahl bei diesen Leistungen gestaffelt vorgegeben werden."

dd) Folgende Sätze werden angefügt:

„Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren, insbesondere für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder für eine Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist. Sie vereinbaren auch die Höhe der Entgelte; diese kann nach Regionen differenziert festgelegt werden. Nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes können Entgelte für Leistungen, die nicht durch die Entgeltkataloge erfasst sind, durch die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbart werden."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird der Satzteil nach dem Wort „orientiert," wie folgt gefasst:

„seine jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Kostenentwicklungen, Verweildauerverkürzungen und Leistungsverlagerungen zu und von anderen Versorgungsbereichen, und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht im Krankenhausentgeltgesetz vorgegeben werden."

Beschlüsse des 14. Ausschusses:

bb) Im neuen Satz **9** wird nach den Wörtern „bundeseinheitlich festzulegen" das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der nachfolgende Satzteil gestrichen.

cc) Im neuen Satz **10** wird der den Satz abschließende Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„sie können für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt abgesenkt oder in Abhängigkeit von der Fallzahl bei diesen Leistungen gestaffelt vorgegeben werden."

dd) Folgende Sätze werden angefügt:

„Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren, insbesondere für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder für eine Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist. Sie vereinbaren auch die Höhe der Entgelte; diese kann nach Regionen differenziert festgelegt werden. Nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes können Entgelte für Leistungen, die nicht durch die Entgeltkataloge erfasst sind, durch die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbart werden."

b) unverändert

Entwurf

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Prüfungsergebnisse nach § 137c Abs. 1 Satz 2 und die Beschlüsse nach § 137e Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind zu beachten.“

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Vertragsparteien veröffentlichen in geeigneter Weise die Ergebnisse der Kostenerhebungen und Kalkulationen.“

c) Absatz 3 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Erstmals für das Jahr 2005 wird nach § 18 Abs. 3 Satz 3 ein Basisfallwert vereinbart.“

Beschlüsse des 14. Ausschusses

c) Absatz 3 wird wie folgt **geändert**:

aa) In Satz 4 werden die Wörter „Zum 1. Januar 2003“ durch die Wörter „Nach Maßgabe von Absatz 4 und Absatz 6“ ersetzt.

bb) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Erstmals für das Jahr 2005 wird nach § 18 Abs. 3 Satz 3 ein Basisfallwert vereinbart.“

d) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Das Vergütungssystem wird für das Jahr 2003 budgetneutral umgesetzt. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 vereinbaren für die Anwendung im Jahr 2003 einen vorläufigen Fallpauschalenkatalog auf der Grundlage des von ihnen ausgewählten australischen Katalogs. Kann eine Fallgruppe wegen zu geringer Fallzahlen bei den an der Kalkulation beteiligten deutschen Krankenhäusern voraussichtlich nicht mit einem Relativgewicht bewertet werden, ist dieses näherungsweise auf der Grundlage australischer Relativgewichte zu ermitteln und zu vereinbaren; Absatz 1 Satz 13 bleibt unberührt. Auf Verlangen des Krankenhauses wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2003 mit diesem vorläufigen Fallpauschalenkatalog eingeführt. Voraussetzung dafür ist, dass das Krankenhaus voraussichtlich mindestens 90 vom Hundert des Gesamtbetrags nach dem Krankenhausentgeltgesetz, der um Zusatzentgelte, Kosten der Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen vermindert ist, mit Fallpauschalen abrechnen kann. Wird dieser Vomhundertsatz nicht erreicht, wird das Vergütungssystem auf Verlangen des Krankenhauses eingeführt, wenn die anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 zustimmen; die Schiedsstelle entscheidet nicht. Das Krankenhaus hat sein Verlangen bis zum 31. Oktober 2002 den anderen Vertragsparteien nach § 11 schriftlich mitzuteilen. Es hat eine Aufstellung über Art und Anzahl der DRG-Leistungen im ersten Halbjahr 2002 vorzulegen; bei ausreichender Kodierqualität können ergänzend Daten des zweiten Halbjahres 2001 vorgelegt werden.“

e) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 wird die Angabe „Absatz 2 Satz 4“ durch die Angabe „Absatz 2 Satz 5“ ersetzt.

bb) Satz 7 wird wie folgt geändert:

Entwurf

d) Nach Absatz 5 *wird folgender* Absatz 6 angefügt:

„(6) Das Vergütungssystem wird *auf Verlangen* des Krankenhauses zum 1. Januar *2003* eingeführt, *ansonsten* für alle Krankenhäuser verbindlich zum 1. Januar 2004. *Es wird für die Jahre 2003 und* 2004 budgetneutral umgesetzt. Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2005, 2006 und 2007 wird das Erlösbudget des Krankenhauses schrittweise an den nach Absatz 3 Satz 5 krankenhausübergreifend festgelegten Basisfallwert und das sich daraus ergebende Erlösvolumen angeglichen.“

Beschlüsse des 14. Ausschusses

aaa) Im ersten Halbsatz werden nach dem Wort „Bundespflegesatzverordnung“ die Wörter „oder § 10 Abs. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes“ eingefügt.

bbb) Im zweiten Halbsatz wird das Wort „sowie“ durch das Wort „und“ ersetzt und nach dem Wort „Bundespflegesatzverordnung“ die Wörter „sowie nicht in die Gesamtbeträge oder die Erlösausgleiche nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes“ eingefügt.

f) Nach Absatz 5 **werden folgende Absätze** angefügt:

„(6) **Das Vergütungssystem wird für alle Krankenhäuser mit einer ersten Fassung eines deutschen Fallpauschalenkatalogs** verbindlich zum 1. Januar 2004 eingeführt. **Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend; die auf Grundlage australischer Bewertungen vereinbarten Relativgewichte sind in den folgenden Jahren durch Relativgewichte auf der Grundlage deutscher Kostenerhebungen zu ersetzen.** Das Vergütungssystem wird **für das Jahr** 2004 budgetneutral umgesetzt. Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2005, 2006 und 2007 wird das Erlösbudget des Krankenhauses schrittweise an den nach Absatz 3 Satz 5 krankenhausübergreifend festgelegten Basisfallwert und das sich daraus ergebende Erlösvolumen angeglichen.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Teilbereiche zu erlassen, in denen eine Einigung der Vertragsparteien nach Absatz 2 nicht zustande gekommen ist und eine der Vertragsparteien insoweit das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat. Die Vertragsparteien haben zu den strittigen Punkten ihre Auffassungen und die Auffassungen sonstiger Betroffener darzulegen und Lösungsvorschläge zu unterbreiten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann sich von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen und zur Vorbereitung seiner Entscheidungen das DRG-Institut der Vertragsparteien beauftragen, nähere Auskünfte zu geben sowie Lösungsvorschläge zu erarbeiten oder erarbeiten zu lassen.

(8) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 führen eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, durch. Sie schreiben dazu Forschungsaufträge aus und beauftragen das DRG-Institut, insbesondere die Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes auszuwerten. Die Kosten dieser Begleitforschung werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach Absatz 5 finanziert. Die Begleitforschung ist mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Erste Ergebnisse sind im Jahr 2005 zu veröffentlichen.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
5. Nach § 17b wird folgender § 17c eingefügt:	5. Nach § 17b wird folgender § 17c eingefügt:
„§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen	„§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen
(1) Der Krankenhausträger wirkt durch geeignete Maßnahmen darauf hin, dass 1. keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, und bei Abrechnung von tagesbezogenen Pflegesätzen keine Patienten im Krankenhaus verbleiben, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen (Fehlbelegung), 2. eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt, 3. die Abrechnung der nach § 17b vergüteten Krankenhausfälle ordnungsgemäß erfolgt.	(1) unverändert
(2) Die Krankenkassen gemeinsam können durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes (§ 275 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) die Einhaltung der in Absatz 1 genannten Verpflichtungen durch Stichproben prüfen. Der Medizinische Dienst ist befugt, Stichproben von akuten und abgeschlossenen Fällen zu erheben und zu verarbeiten. Die Stichproben können sich auch auf bestimmte Organisationseinheiten sowie bestimmte Diagnosen, Prozeduren und Entgelte beziehen. Das Krankenhaus hat dem Medizinischen Dienst die dafür erforderlichen Unterlagen einschließlich der Krankenunterlagen zur Verfügung zu stellen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind zu diesem Zweck befugt, nach rechtzeitiger Anmeldung die Räume der Krankenhäuser an Werktagen von 8.00 bis 18.00 Uhr zu betreten. Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse, deren Versicherter geprüft worden ist, und dem Krankenhaus versichertenbezogen mitzuteilen und zu begründen, inwieweit gegen die Verpflichtungen des Absatzes 1 verstoßen wurde. Die gespeicherten Sozialdaten sind zu löschen, sobald ihre Kenntnis für die Erfüllung des Zweckes der Speicherung nicht mehr erforderlich ist.	(2) Die Krankenkassen gemeinsam können durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes (§ 275 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) die Einhaltung der in Absatz 1 genannten Verpflichtungen durch Stichproben prüfen. Der Medizinische Dienst ist befugt, Stichproben von akuten und abgeschlossenen Fällen zu erheben und zu verarbeiten. Die Stichproben können sich auch auf bestimmte Organisationseinheiten sowie bestimmte Diagnosen, Prozeduren und Entgelte beziehen. Das Krankenhaus hat dem Medizinischen Dienst die dafür erforderlichen Unterlagen einschließlich der Krankenunterlagen zur Verfügung zu stellen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind zu diesem Zweck befugt, nach rechtzeitiger Anmeldung die Räume der Krankenhäuser an Werktagen von 8.00 bis 18.00 Uhr zu betreten. Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse, deren Versicherter geprüft worden ist, und dem Krankenhaus versichertenbezogen mitzuteilen und zu begründen, inwieweit gegen die Verpflichtungen des Absatzes 1 verstoßen wurde. Die gespeicherten Sozialdaten sind zu löschen, sobald ihre Kenntnis für die Erfüllung des Zweckes der Speicherung nicht mehr erforderlich ist. **Krankenhäuser, die den Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht fristgerecht veröffentlichen, werden jährlich geprüft.**
(3) Stellen Krankenkassen auf der Grundlage von Stichproben nach Absatz 2 fest, dass bereits bezahlte Krankenhausleistungen fehlerhaft abgerechnet wurden, sind Ursachen und Umfang der Fehlabrechnungen festzustellen. Dabei ist in den Jahren 2003 bis 2004 ebenfalls zu prüfen, inwieweit neben überhöhten Abrechnungen auch zu niedrige Abrechnungen aufgetreten sind. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 sollen *für die Jahre 2003 und 2004* ein pauschaliertes Ausgleichsverfahren vereinbaren, um eine Erstattung oder Nachzahlung in jedem Einzelfall zu vermeiden; dabei kann auch die Verrechnung über das Erlösbudget oder die Fallpauschalen des folgenden Jahres vereinbart werden. Soweit nachgewiesen wird, dass Fallpauschalen *vorsätzlich* zu hoch abgerechnet wurden, ist der Differenzbetrag zu-	(3) Stellen Krankenkassen auf der Grundlage von Stichproben nach Absatz 2 fest, dass bereits bezahlte Krankenhausleistungen fehlerhaft abgerechnet wurden, sind Ursachen und Umfang der Fehlabrechnungen festzustellen. Dabei ist in den Jahren 2003 bis 2004 ebenfalls zu prüfen, inwieweit neben überhöhten Abrechnungen auch zu niedrige Abrechnungen aufgetreten sind. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 sollen ein pauschaliertes Ausgleichsverfahren vereinbaren, um eine Erstattung oder Nachzahlung in jedem Einzelfall zu vermeiden; dabei kann auch die Verrechnung über das Erlösbudget oder die Fallpauschalen des folgenden Jahres vereinbart werden. Soweit nachgewiesen wird, dass Fallpauschalen **grob fahrlässig** zu hoch abgerechnet wurden, ist der Differenzbetrag und zusätzlich ein Betrag in

Entwurf

rückzuzahlen und zusätzlich ein Betrag in derselben Höhe an die Krankenkasse zu leisten.

(4) Soweit sich die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 über die Prüfergebnisse und die sich daraus ergebenden Folgen nicht einigen, können der Krankenhausträger und jede betroffene Krankenkasse den Schlichtungsausschuss anrufen. Aufgabe des Schlichtungsausschusses ist die Schlichtung zwischen den Vertragsparteien. Der Schlichtungsausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden sowie Vertretern der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser in gleicher Zahl. Die Vertreter der Krankenkassen werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen und die Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser von der Landeskrankenhausgesellschaft bestellt; bei der Auswahl der Vertreter sollen sowohl medizinischer Sachverstand als auch besondere Kenntnisse in Fragen der Abrechnung der DRG-Fallpauschalen berücksichtigt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen und die Landeskrankenhausgesellschaft sollen sich auf den unparteiischen Vorsitzenden einigen. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Der Schlichtungsausschuss prüft und entscheidet auf der Grundlage fallbezogener, nicht versichertenbezogener Daten.

(5) Das Krankenhaus hat selbstzahlenden Patienten, die für die Abrechnung der Fallpauschalen und Zusatzentgelte erforderlichen Diagnosen, Prozeduren und sonstigen Angaben mit der Rechnung zu übersenden. Sofern Versicherte der privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch machen, sind die Daten entsprechend § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maschinenlesbar an das private Krankenversicherungsunternehmen zu übermitteln, wenn der Versicherte hierzu schriftlich seine Einwilligung, die jederzeit widerrufen werden kann, erklärt hat.“

6. § 18 wird wie folgt geändert:

Beschlüsse des 14. Ausschusses

derselben Höhe zurückzuzahlen**; für die Rückzahlung gilt das Verfahren nach Satz 3**.

(4) Soweit sich die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 über die Prüfergebnisse **nach Absatz 2 und 3** und die sich daraus ergebenden Folgen nicht einigen, können der Krankenhausträger und jede betroffene Krankenkasse den Schlichtungsausschuss anrufen. Aufgabe des Schlichtungsausschusses ist die Schlichtung zwischen den Vertragsparteien. Der Schlichtungsausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden sowie Vertretern der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser in gleicher Zahl. Die Vertreter der Krankenkassen werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen und die Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser von der Landeskrankenhausgesellschaft bestellt; bei der Auswahl der Vertreter sollen sowohl medizinischer Sachverstand als auch besondere Kenntnisse in Fragen der Abrechnung der DRG-Fallpauschalen berücksichtigt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen und die Landeskrankenhausgesellschaft sollen sich auf den unparteiischen Vorsitzenden einigen. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Der Schlichtungsausschuss prüft und entscheidet auf der Grundlage fallbezogener, nicht versichertenbezogener Daten. **Im Übrigen vereinbart der Ausschuss mit der Mehrheit der Stimmen bis zum 31. März 2003 das Nähere zum Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes, insbesondere zu der fachlichen Qualifikation der Prüfer, Größe der Stichprobe, Möglichkeit einer Begleitung der Prüfer durch Krankenhausärzte und Besprechung der Prüfergebnisse mit den betroffenen Krankenhausärzten vor Weiterleitung an die Krankenkassen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft geben gemeinsam Empfehlungen zum Prüfverfahren ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung durch den Ausschuss. Kommen Empfehlungen bis zum 31. Januar 2003 nicht zustande, bestimmt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 auf Antrag der Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam oder der Deutschen Krankenhausgesellschaft das Nähere zum Prüfverfahren.**

(5) unverändert

6. unverändert

Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Die Pflegesätze“ durch die Wörter „Die nach Maßgabe dieses Gesetzes für das einzelne Krankenhaus zu verhandelnden Pflegesätze“ ersetzt.

b) In Absatz 2 wird das Wort „Berechnungstage“ durch die Wörter „Belegungs- und Berechnungstage“ ersetzt.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Krankenhausträger hat nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes und der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 6 die für die Vereinbarung der Budgets und Pflegesätze erforderlichen Unterlagen über Leistungen sowie die Kosten der nicht durch DRG-Fallpauschalen erfassten Leistungen vorzulegen.“

bb) In Satz 3 werden im ersten Halbsatz die Wörter „und der pauschalierten Sonderentgelte nach § 17 Abs. 2a“ gestrichen; nach den Wörtern „nach Absatz 2“ wird das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der nachfolgende Satzteil gestrichen.

cc) Satz 4 wird aufgehoben.

7. § 19 wird aufgehoben. — 7. unverändert

8. Der 4. Abschnitt und die §§ 21 bis 26 werden aufgehoben. — 8. unverändert

9. § 29 wird aufgehoben. — 9. unverändert

Artikel 3

Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

(Beschlüsse des 14. Ausschusses: Artikel 3 unverändert)

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 2 dieses Gesetzes, wird wie folgt geändert:

1. In § 17 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 werden die Wörter „und die Kosten der Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen nach § 18b“ gestrichen.

2. § 17a wird wie folgt gefasst:

„§ 17a
Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen

(1) Die Kosten der in § 2 Nr. 1a genannten Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütung sind im Pflegesatz zu berücksichtigen, soweit diese Kosten nicht nach anderen Vorschriften aufzubringen sind. Bei der Ermittlung der berücksichtigungsfähigen Ausbildungsvergütung sind Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege ausgebildet werden, im Verhältnis 7 zu 1 auf die Stelle einer in diesen Berufen voll ausgebildeten Person anzurechnen. Personen, die in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, sind im Verhältnis

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

6 zu 1 auf die Stelle einer voll ausgebildeten Person nach Satz 2 anzurechnen.

(2) Die Kosten nach Absatz 1 werden ab dem 1. Januar 2004 pauschaliert über einen Zuschlag je Fall nach § 17b Abs. 1 Satz 4, den alle Krankenhäuser im Land einheitlich erheben, finanziert. Die Kosten der Ausbildungsvergütung sind nur insoweit zu berücksichtigen, als sie die Kosten der nach Absatz 1 Satz 2 und 3 anzurechnenden Stellen übersteigen.

(3) Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 ermitteln und vereinbaren jährlich für die einzelnen Berufe die durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsplatz in den Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen nach Absatz 2 Satz 2. Dabei darf die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht überschritten werden, es sei denn, die notwendige Ausbildung ist ansonsten nicht zu gewährleisten.

(4) Die in § 18 Abs. 1 Satz 2 genannten Beteiligten vereinbaren

1. das Verfahren zur Ermittlung des Finanzierungsbedarfs für die Ausbildungsplätze und die Ausbildungsvergütungen im Land,
2. die Höhe des einheitlich von allen Krankenhäusern zu erhebenden Ausbildungszuschlags; dabei sind die nach Absatz 3 vereinbarten pauschalierten Kosten anzuwenden, und
3. das Verfahren nach Absatz 5.

Der von dem jeweiligen Land finanzierte Teil ist in Abzug zu bringen. Kommt eine Vereinbarung nicht innerhalb von sechs Wochen zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen nach Satz 1 aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 auf Antrag einer Vertragspartei die Höhe des Ausbildungszuschlags fest.

(5) Der Zuschlag nach Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 wird von allen Krankenhäusern erhoben und an die Landeskrankenhausgesellschaft des jeweiligen Landes als Ausgleichsstelle abgeführt. Die Landeskrankenhausgesellschaft errichtet einen Ausgleichsfonds, der von ihr treuhänderisch verwaltet wird. Die Summe aller Zuschläge nach Satz 1 bildet die Höhe des Ausgleichsfonds. Die Landeskrankenhausgesellschaften zahlen an die Krankenhäuser die diesen nach Absatz 3 Satz 1 zustehenden Beträge zur pauschalierten Finanzierung der Ausbildungskosten.

(6) Der Krankenhausträger hat eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Einnahmen aus dem Ausbildungszuschlag nach Absatz 5 Satz 1 und deren Abführung an den Ausbildungsfonds der Landeskrankenhausgesellschaft vorzulegen. Die von der Landeskrankenhausgesellschaft gezahlten Finanzierungsmittel nach Absatz 5 Satz 4 sind vom Krankenhausträger zweckgebunden zu verwenden.

(7) Kosten der Unterbringung von Auszubildenden sind nicht pflegesatzfähig, soweit die Vertragsparteien

Entwurf

nach § 18 Abs. 2 nichts anderes vereinbaren. Wird eine Vereinbarung getroffen, ist der Zuschlag nach Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 entsprechend zu erhöhen. Der Erhöhungsbetrag verbleibt dem Krankenhaus.

(8) Die Kosten der Beschäftigung von Ärzten im Praktikum nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 der Bundesärzteordnung sind pflegesatzfähig, soweit Stellen nachgeordneter Ärzte auf Ärzte im Praktikum aufgeteilt werden.“

3. § 17b Abs. 2 wird wie folgt geändert:

   a) In Satz 4 werden die Wörter „zur Stellungnahme“ durch die Wörter „zur beratenden Teilnahme an den Sitzungen der Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1“ ersetzt.

   b) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

   „Die betroffenen medizinischen Fachgesellschaften und, soweit deren Belange berührt sind, die Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Industrie und der Industrie für Medizinprodukte erhalten Gelegenheit zur Stellungnahme.“

4. § 18b wird aufgehoben.

Artikel 4

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

(1) *In § 14 Abs. 13 der* Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 27. April 2001 (BGBl. I S. 772) geändert worden ist, wird *zum 1. Januar 2003* die Angabe „§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 4“ durch die Angabe „§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5“ ersetzt.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 4

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

(1) **Die** Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 27. April 2001 (BGBl. I S. 772) geändert worden ist, wird **wie folgt geändert:**

a) In § 6 wird folgender Absatz angefügt:

„(5) Zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen vereinbaren die Vertragsparteien für das Jahr 2003 einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,2 vom Hundert des Gesamtbetrags. Voraussetzungen sind, dass das Krankenhaus nachweist, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung, die eine Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen zum Gegenstand hat, zusätzliche Personalkosten zur Einhaltung der Regelungen des Arbeitszeitrechts zu finanzieren sind, und dass die für den Arbeitsschutz zuständige Behörde festgestellt hat, dass die Einhaltung des Arbeitszeitrechts durch die Anwendung der Vereinbarung sichergestellt ist. Der zusätzliche Betrag ist im Gesamtbetrag zu berücksichtigen; er kann abweichend von Absatz 1 Satz 4 zu einer entsprechenden Überschreitung der Veränderungsrate führen. Für das Jahr 2004 vereinbaren die Vertragsparteien unter den Voraussetzungen nach Satz 1 erstmals oder zusätzlich einen Betrag bis zur Höhe von 0,2 vom Hundert des Gesamtbetrags, soweit Verweildauerverkürzungen oder eine verbesserte Wirtschaftlichkeit ansonsten zu einer entsprechenden Absenkung des Gesamtbetrags führen würden. Der Betrag wird zu dem nach den Vorgaben des Absatzes 1 verhandelten Gesamtbetrag hinzugerechnet; dabei darf abweichend von Absatz 1

Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses

Satz 4 die Veränderungsrate überschritten werden. Die für die Jahre 2003 und 2004 vereinbarten Beträge verbleiben in den Folgejahren im Gesamtbetrag und unterliegen mit dem Erlösbudget nach § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes jeweils zum 1. Januar 2005, 2006 und 2007 der schrittweisen Budgetangleichung. Soweit die in der Betriebsvereinbarung festgelegten und mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Maßnahmen nicht umgesetzt werden, ist der Betrag ganz oder teilweise zurückzuzahlen.“

b) In § 14 Abs. 13 wird die Angabe „§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 4“ durch die Angabe „§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5“ ersetzt.“

(2) Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Absatz 1 geändert worden ist, wird zum 1. Januar 2004 wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

   a) Die Angaben zu den §§ 9, 11 und 16 werden jeweils durch die Klammer „(aufgehoben)“ ersetzt.

   b) Der Fünfte Abschnitt wird wie folgt gefasst:

      „Fünfter Abschnitt
      Sonstige Vorschriften

      § 22 Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen

      § 23 Landespflegesatzausschüsse

      § 24 Modellvorhaben

      § 25 Zuständigkeit der Krankenkassen auf Landesebene

      § 26 Übergangsvorschriften“

   c) Die Angaben des Sechsten Abschnitts werden gestrichen.

   d) Die Angabe „Anlage 1: Fallpauschalen-Katalog, Anlage 2: Sonderentgelt-Katalog“ wird gestrichen und die Angabe „Anlage 3:“ durch die Angabe „Anlage 1:“ sowie die Angabe „Anlage 4:“ durch die Angabe „Anlage 2:“ ersetzt.

2. § 1 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

      „(1) Nach dieser Verordnung werden die vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser oder Krankenhausabteilungen vergütet, die nach § 17b Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind.“

   b) In Absatz 3 wird Satz 2 aufgehoben.

3. § 2 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

   a) Satz 2 Nr. 4 wird gestrichen.

   b) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

      „Nicht zu den Krankenhausleistungen gehört eine Dialyse.“

(2) Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Absatz 1 geändert worden ist, wird zum 1. Januar 2004 wie folgt geändert:

1. unverändert

2. unverändert

3. unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
4. § 3 Abs. 1 Satz 4 wird wie folgt gefasst:	4. unverändert
„Die Abgrenzungsverordnung in der durch Artikel 3 der Verordnung vom 9. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2874) geänderten Fassung und die Psychiatrie-Personalverordnung in der durch Artikel 4 der Verordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750) geänderten Fassung sind anzuwenden.“	
5. § 4 wird wie folgt geändert:	5. unverändert
a) In Nummer 1 wird die Angabe „§ 109 Abs. 1 Satz 4 und 5“ durch die Angabe „§ 109 Abs. 1 Satz 4“ ersetzt.	
b) In Nummer 2 wird die Angabe „§ 109 Abs. 1 Satz 4 und 5“ durch die Angabe „§ 109 Abs. 1 Satz 4“ ersetzt.	
6. In § 5 Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenhäuser“ die Wörter „oder Abteilungen“ eingefügt.	6. unverändert
7. § 6 wird wie folgt geändert:	7. unverändert
a) In Absatz 1 Satz 4 Nr. 3 werden nach der Angabe „§ 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ die Wörter „in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung“ eingefügt.	
b) Die Absätze 2 und 4 werden aufgehoben.	
c) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 2; in Satz 2 wird die Angabe „§ 12 Abs. 4 Satz 5 bis 7“ durch die Angabe „§ 12 Abs. 2 Satz 5 bis 6“ ersetzt.	
8. § 7 wird wie folgt geändert:	8. unverändert
a) In Absatz 1 Satz 2 Nr. 4 wird nach den Wörtern „vereinbart würde“ das Semikolon durch ein Komma ersetzt und der nachfolgende Satzteil gestrichen.	
b) In Absatz 2 wird Satz 3 aufgehoben.	
9. § 9 wird aufgehoben.	9. unverändert
10. § 10 wird wie folgt geändert:	10. unverändert
a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:	
„Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden vergütet durch	
1. einen Gesamtbetrag nach § 12 (Budget) sowie tagesgleiche Pflegesätze nach § 13, durch die das Budget den Patienten oder ihren Kostenträgern anteilig berechnet wird,	
2. einen Zuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Finanzierung der Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütung nach § 17a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für jeden Berechnungstag.“	
b) In Absatz 2 wird Satz 2 aufgehoben.	
11. § 11 wird aufgehoben.	11. unverändert
12. § 12 wird wie folgt geändert:	12. unverändert
a) In Absatz 1 werden nach den Wörtern „des Krankenhauses“ das Komma sowie die Wörter „soweit die Leistungen nicht mit Fallpauschalen und Son-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
derentgelten nach § 11 berechnet werden“ gestrichen.	
b) Absatz 2 wird aufgehoben.	
c) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 2 und wie folgt geändert:	
aa) In Satz 4 werden nach der Angabe „§ 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ die Wörter „in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung“ eingefügt.	
bb) Satz 7 wird aufgehoben.	
d) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 3; in Satz 4 wird der Satzteil nach dem Semikolon wie folgt gefasst:	
„§ 21 Abs. 2 Satz 3 gilt entsprechend.“	
13. § 13 wird wie folgt geändert:	13. unverändert
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:	
„Als Entgelt für ärztliche und pflegerische Tätigkeit und die durch diese veranlassten Leistungen ist für jede organisatorisch selbständige bettenführende Abteilung, die von einem fachlich nicht weisungsgebundenen Arzt mit entsprechender Fachgebietsbezeichnung geleitet wird, ein Abteilungspflegesatz zu vereinbaren.“	
bb) Satz 3 wird aufgehoben.	
b) In Absatz 3 wird Satz 2 aufgehoben.	
14. § 14 wird wie folgt geändert:	14. unverändert
a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:	
„(1) Die Pflegesätze für allgemeine Krankenhausleistungen sind für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen; § 17 Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt. Sie dürfen nur im Rahmen des Versorgungsauftrags berechnet werden; dies gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatienten.“	
b) In Absatz 2 werden die Sätze 3 bis 5 aufgehoben.	
c) Die Absätze 3 bis 7 werden aufgehoben.	
d) Die bisherigen Absätze 8 und 9 werden die Absätze 3 und 4.	
e) Die Absätze 10 und 11 werden aufgehoben.	
f) Der bisherige Absatz 12 wird Absatz 5.	
g) Der bisherige Absatz 13 wird Absatz 6.	
15. § 15 wird wie folgt geändert:	15. unverändert
a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:	
„(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) die Berichtigungsrate nach § 6 Abs. 2 Satz 1.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) In Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 werden die Wörter „Diagnose- und der Operationsstatistik“ durch das Wort „Diagnosestatistik“ ersetzt.	
c) Absatz 3 wird aufgehoben.	
d) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 3; die Angabe „Absatzes 1 Nr. 1 und 2“ wird durch die Angabe „Absatzes 1“ ersetzt.	
16. § 16 wird aufgehoben.	16. unverändert
17. § 17 wird wie folgt geändert:	17. unverändert
a) In Absatz 1 werden die Sätze 1 und 2 wie folgt gefasst:	
„Die Vertragsparteien regeln in der Pflegesatzvereinbarung das Budget sowie Art, Höhe und Laufzeit der tagesgleichen Pflegesätze sowie die Berücksichtigung der Ausgleiche und Berichtigungen nach dieser Verordnung; bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Berichtigung des bisherigen Budgets (Basisberichtigung) ein entsprechender Ausgleich durchzuführen. Sie stellen auch Art und Anzahl der Ausbildungsplätze sowie die Höhe des zusätzlich zu finanzierenden Mehraufwands für Ausbildungsvergütungen fest.“	
b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 2 wird nach dem Wort „davon“ das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der nachfolgende Satzteil gestrichen.	
bb) Die Sätze 4 und 5 werden wie folgt gefasst:	
„Die Leistungsaufstellung umfasst insbesondere eine anonymisierte, abteilungsbezogene Diagnosestatistik nach dem Schlüssel der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) mit Angaben zu Verweildauer und Alter der Patienten sowie dazu, ob der Patient im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose operiert wurde, in der jeweils vom Bundesministerium für Gesundheit nach § 301 Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bekannt gegebenen Fassung. Die Diagnosestatistik ist auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen.“	
cc) Die Sätze 6 und 7 werden aufgehoben.	
c) In Absatz 5 wird Satz 3 aufgehoben.	
18. § 19 wird wie folgt geändert:	18. unverändert
a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Angaben „nach § 16 Abs. 1 und 6 oder § 17 Abs. 1 und § 12 Abs. 7“ sowie die Angabe „§ 16 oder“ gestrichen.	
b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:	
„(3) Die Schiedsstelle entscheidet nicht über die Anwendung folgender Vorschriften: § 3 Abs. 2 Satz 4, § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1, § 8 Abs. 2, § 12 Abs. 2 Satz 2 und 3, Abs. 3 Satz 3, § 17 Abs. 2 Satz 2, Abs. 6 Satz 3 und Abs. 7 und § 24.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
19. In § 20 Abs. 1 wird die Angabe „§ 12 Abs. 7“ durch die Angabe „§ 12 Abs. 3“ ersetzt.	19. unverändert
20. § 21 wird wie folgt geändert: a) In Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „§ 12 Abs. 7 Satz 3“ durch die Angabe „§ 12 Abs. 3 Satz 4“ ersetzt. b) Die Absätze 3 und 4 werden aufgehoben.	20. unverändert
21. Die Überschrift des Fünften Abschnitts wird wie folgt gefasst: „Sonstige Vorschriften“	21. unverändert
22. § 22 wird wie folgt gefasst: „§ 22 Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen (1) Ab dem 1. Januar 2005 gilt für Belegärzte § 18 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die Vereinbarung und Berechnung von Wahlleistungen richtet sich ab dem 1. Januar 2005 nach den §§ 17 und 19 des Krankenhausentgeltgesetzes. (2) Bis zum 31. Dezember 2004 sind die §§ 22 bis 24 in der am 31. Dezember 2003 geltenden Fassung weiter anzuwenden.“	22. unverändert
23. Der bisherige § 25 wird § 23.	23. unverändert
24. Der bisherige § 26 wird § 24 und wie folgt gefasst: „§ 24 Modellvorhaben Die Vertragsparteien können im Einvernehmen mit den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ein zeitlich begrenztes Modellvorhaben zur Entwicklung pauschalierter Vergütungen vereinbaren. Für das Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung zu vereinbaren; deren Kosten sind pflegesatzfähig. Die Ergebnisse des Vorhabens und der Begleitung sowie eine Beurteilung durch die Vertragsparteien sind nach Abschluss des Vorhabens, spätestens nach 3 Jahren, den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der für die Genehmigung zuständigen Landesbehörde und dem Bundesministerium für Gesundheit mitzuteilen.“	24. unverändert
25. Die Angabe „Sechster Abschnitt: Sonstige Vorschriften“ wird gestrichen.	25. unverändert
26. Der bisherige § 27 wird § 25.	26. unverändert
27. Folgender § 26 wird angefügt: „§ 26 Übergangsvorschriften (1) Das Budget nach § 12 für das Jahr 2004 wird um die Zahlungen nach § 17a Abs. 5 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für Ausbildungsstätten und anteilige Ausbildungsvergütungen vermindert. Steht bei der Budgetvereinbarung die Höhe der Zahlungen noch nicht endgültig fest, sind diese in der voraussichtlich zu erwartenden Höhe abzuziehen. Eine Abwei-	27. unverändert

Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses

chung zu der dem Krankenhaus zustehenden Höhe der Zahlungen ist bei der Budgetvereinbarung für das Jahr 2005 als Berichtigung des Budgets 2004 und als zusätzliche Ausgleichszahlung für das Jahr 2004 zu berücksichtigen.

(2) Weichen die Zahlungen nach Absatz 1 Satz 1 von den Kosten der Ausbildungsstätten ab, die nach Nummer 31 des Abschnitts K 3 der Anlage 1 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung in dem Budget für das Jahr 2004 enthalten sind, ist der Unterschiedsbetrag zu ermitteln. Dazu werden die Kosten von den Zahlungen abgezogen. Der Unterschiedsbetrag ist unter Beachtung des Vorzeichens von den Budgets der Jahre 2005 bis 2007 zu jeweils einem Drittel abzuziehen oder hinzuzuzählen.“

28. Anlage 1 wird wie folgt geändert:

a) In der Inhaltsübersicht zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung wird die bisherige Angabe „Anlage 3 (zu § 17 Abs. 4)“ durch die Angabe „Anlage 1 (zu § 17 Abs. 4)“ ersetzt. Die Angaben zu den Bezeichnungen V 2, V 3, L 5 und K 8 werden jeweils durch die Klammer „(aufgehoben)“ ersetzt.

b) Die Abschnitte „V 2“, „V 3“ und „L 5“ werden aufgehoben.

c) Die Abschnitte „K 1“ bis „K 3“ werden wie folgt geändert:

aa) In den laufenden Nummern 5, 6, 8 und 15 bis 17 wird jeweils die Fußnote 39 gestrichen.

bb) Die laufenden Nummern 28 bis 32 werden gestrichen.

d) Abschnitt „K 5“ wird wie folgt geändert:

aa) Die laufenden Nummern 10 und 11 werden gestrichen.

bb) Die laufende Nummer 14 wird wie folgt gefasst:

„Ausgleich nach § 12 Abs. 2“

cc) Die laufende Nummer 18 wird gestrichen.

dd) Die laufende Nummer 25 wird gestrichen.

e) Abschnitt „K 6“ wird wie folgt geändert:

aa) Die laufende Nummer 6 wird gestrichen.

bb) In der laufenden Nummer 18 wird die Angabe „(Nr. 7 : Tage)[41)] “ durch die Angabe „(Nr. 7 : Berechnungstage)“ ersetzt.

f) Abschnitt „K 7“ wird wie folgt geändert:

aa) In der laufenden Nummer 7 wird die Fußnote 40 gestrichen.

bb) Die laufenden Nummern 11, 19 und 20 werden gestrichen.

cc) Die laufende Nummer 25 wird wie folgt gefasst:

„: vollstationäre Berechnungstage [30) 42)]“.

g) Abschnitt „K 8“ wird aufgehoben.

28. unverändert

Entwurf

29. Anhang 1 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung wird wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Bettenführende Fachabteilungen*)
1	*Allgemeine Psychiatrie*
2	Kinder- und Jugendpsychiatrie
3	Sonstige

*) Nur Abteilungen, die von einem fachlich nicht weisungsgebundenen Arzt mit entsprechender Fachgebietsbezeichnung geleitet werden und die für dieses Fachgebiet überwiegend genutzt werden.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

29. Anhang 1 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung wird wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Bettenführende Fachabteilungen*)
1	Psychiatrie **und Psychotherapie**
2	Kinder- und Jugendpsychiatrie **und -psychotherapie**
3	**Psychosomatik**
4	**Psychotherapeutische Medizin**
5	Sonstige

*) Nur Abteilungen, die von einem fachlich nicht weisungsgebundenen Arzt mit entsprechender Fachgebietsbezeichnung geleitet werden und die für dieses Fachgebiet überwiegend genutzt werden.

Entwurf

30. Anhang 2 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung wird wie folgt geändert:
   a) Die Fußnoten 7 bis 9, 11b, 22 bis 25 und 27 werden aufgehoben.
   b) In Fußnote 28 werden die Sätze 2 und 3 aufgehoben.
   c) In Fußnote 30 wird Satz 2 mit den Buchstaben a und b aufgehoben.
   d) Die Fußnoten 35, 37 bis 41 werden aufgehoben.

31. In der Inhaltsübersicht zu Anlage 2 (Ergänzende Kalkulationsaufstellung für nicht oder teilweise geförderte Krankenhäuser) wird die bisherige Angabe „Anlage 4 (zu § 17 Abs. 4)“ durch die Angabe „Anlage 2 (zu § 17 Abs. 4)“ ersetzt.

(3) § 7 Abs. 2 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Absatz 2 geändert worden ist, wird zum 1. Januar 2005 wie folgt geändert:

1. In Nummer 3 wird die Angabe „§ 23“ durch die Angabe „§ 18 des Krankenhausentgeltgesetzes“ ersetzt.
2. In Nummer 4 wird in dem Satzteil vor dem Buchstaben a die Angabe „§ 24 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 19 Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes“ ersetzt.
3. In Nummer 5 wird die Angabe „§ 24 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 19 Abs. 2 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes“ ersetzt.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

30. unverändert

31. unverändert

Entwurf

Artikel 5

Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG)

Inhaltsübersicht

Abschnitt 1
Allgemeine Vorschriften

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 5

Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG)

Inhaltsübersicht

unverändert

Entwurf

Abschnitt 1
Allgemeine Vorschriften

§ 1
Anwendungsbereich

(1) Die vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser werden nach diesem Gesetz vergütet.

(2) Dieses Gesetz gilt auch für die Vergütung von Leistungen der Bundeswehrkrankenhäuser, soweit diese Zivilpatienten behandeln, und der Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit nicht die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten trägt. Im Übrigen gilt dieses Gesetz nicht für

1. Krankenhäuser, auf die das Krankenhausfinanzierungsgesetz nach seinem § 3 Satz 1 *Nr. 1 bis 4* keine Anwendung findet,

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Abschnitt 1
Allgemeine Vorschriften

§ 1
Anwendungsbereich

(1) unverändert

(2) Dieses Gesetz gilt auch für die Vergütung von Leistungen der Bundeswehrkrankenhäuser, soweit diese Zivilpatienten behandeln, und der Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit nicht die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten trägt. Im Übrigen gilt dieses Gesetz nicht für

1. Krankenhäuser, auf die das Krankenhausfinanzierungsgesetz nach seinem § 3 Satz 1 keine Anwendung findet,

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. Krankenhäuser, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2, 4 oder 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht gefördert werden,	2. Krankenhäuser, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2, 4 oder 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht gefördert werden,
3. Krankenhäuser oder Krankenhausabteilungen, die nach § 17b Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind *oder solange sie nach § 17b Abs. 6 Satz 1 zweiter Halbsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes dieses Vergütungssystem im Jahr 2003 noch nicht anwenden.*	3. Krankenhäuser oder Krankenhausabteilungen, die nach § 17b Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind**,**
	4. das Jahr 2003 für Krankenhäuser, die nach § 17b Abs. 4 Satz 4 bis 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes das DRG-Vergütungssystem noch nicht anwenden; § 21 ist auch von diesen Krankenhäusern anzuwenden.
(3) Die vor- und nachstationäre Behandlung wird für alle Benutzer einheitlich nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet. Die ambulante Durchführung von Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe wird für die gesetzlich versicherten Patienten nach § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und für sonstige Patienten nach den für sie geltenden Vorschriften, Vereinbarungen oder Tarifen vergütet.	(3) unverändert
§ 2 Krankenhausleistngen	§ 2 unverändert
(1) Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 18) sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger.	
(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch	
1. die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,	
2. die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,	
3. die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten,	
4. die besonderen Leistungen von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von krebskranken Patienten,	
5. die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.	
Nicht zu den Krankenhausleistungen nach Satz 2 Nr. 2 gehört eine Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht.	

Entwurf

Abschnitt 2
Vergütung der Krankenhausleistungen

§ 3
Vereinbarung eines Gesamtbetrags
für die Jahre 2003 und 2004

(1) Das Vergütungssystem nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird in den Jahren 2003 und 2004 für das Krankenhaus budgetneutral eingeführt. Zur Berücksichtigung von Leistungsveränderungen ist der Krankenhausvergleich nach § 5 der Bundespflegesatzverordnung anzuwenden. Für die Jahre 2003 und 2004 dürfen die nach § 11 Abs. 4 vorzulegenden Nachweise über Art und Anzahl der Fallpauschalen nur für die Ermittlung des krankenhausindividuellen Basisfallwerts nach den Vorgaben des Absatzes 4 und zur Erörterung der Leistungsstruktur verwendet werden. Für das Jahr 2003 gilt § 6 Abs. 3 und für das Jahr 2004 § 6 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend für den Gesamtbetrag.

(2) Für ein Krankenhaus, das nach § 17b Abs. *6* Satz *1* des Krankenhausfinanzierungsgesetzes das Vergütungssystem für das Jahr 2003 anwendet, ist ein Gesamtbetrag in entsprechender Anwendung von § 6 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung zu vereinbaren; dabei entscheidet im Falle des § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 der Bundespflegesatzverordnung die Schiedsstelle nach § 13 nicht. Grundlage der Vereinbarung ist der für das Jahr 2002 vereinbarte Gesamtbetrag. Dieser wird entsprechend den Vorgaben des Absatzes 3 Satz 3 bis 5 verändert und aufgeteilt; dies gilt nicht für Satz 3 Nr. 1 Buchstabe b.

(3) Für das Jahr 2004 ist ein Gesamtbetrag in entsprechender Anwendung von § 6 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung zu vereinbaren; dabei entscheidet im Falle des § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 der Bundespflegesatzverordnung die Schiedsstelle nach § 13 nicht. Grundlage der Vereinbarung ist der für das Jahr 2003 vereinbarte Gesamtbetrag. Dieser wird

1. vermindert um

   a) die Entgeltanteile, die auf die Leistungsbereiche entfallen, die nach § 17b Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht dem DRG-Vergütungssystem unterliegen,

   b) die Zahlungen nach § 17a Abs. 5 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für Ausbildungsstätten und anteilige Ausbildungsvergütungen; steht bei der Budgetvereinbarung die Höhe der Zahlungen noch nicht endgültig fest, sind diese in der voraussichtlich zu erwartenden Höhe abzuziehen; eine Abweichung zu der dem Krankenhaus zustehenden Höhe der Zahlungen ist bei der Budgetvereinbarung für das Jahr 2005 als Berichtigung des Erlösbudgets 2004 und mit entsprechender Ausgleichszahlung für das Jahr 2004 zu berücksichtigen,

   c) Finanzierungsbeträge nach § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der bis zum 31. Dezember

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Abschnitt 2
Vergütung der Krankenhausleistungen

§ 3
Vereinbarung eines Gesamtbetrags
für die Jahre 2003 und 2004

(1) Das Vergütungssystem nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird in den Jahren 2003 und 2004 für das Krankenhaus budgetneutral eingeführt. Zur Berücksichtigung von Leistungsveränderungen **und zur Beurteilung der Höhe der nicht mit Fallpauschalen und Zusatzentgelten finanzierten Leistungen nach § 6** ist der Krankenhausvergleich nach § 5 der Bundespflegesatzverordnung anzuwenden. Für die Jahre 2003 und 2004 dürfen die nach § 11 Abs. 4 vorzulegenden Nachweise über Art und Anzahl der Fallpauschalen nur für die Ermittlung des krankenhausindividuellen Basisfallwerts nach den Vorgaben des Absatzes 4 und zur Erörterung der Leistungsstruktur verwendet werden. Für das Jahr 2003 gilt § 6 Abs. 3 und für das Jahr 2004 § 6 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend für den Gesamtbetrag.

(2) Für ein Krankenhaus, das nach § 17b Abs. **4** Satz **4 bis 7** des Krankenhausfinanzierungsgesetzes das Vergütungssystem für das Jahr 2003 anwendet, ist ein Gesamtbetrag in entsprechender Anwendung von § 6 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung zu vereinbaren; dabei entscheidet im Falle des § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 der Bundespflegesatzverordnung die Schiedsstelle nach § 13 nicht. Grundlage der Vereinbarung ist der für das Jahr 2002 vereinbarte Gesamtbetrag. Dieser wird entsprechend den Vorgaben des Absatzes 3 Satz 3 bis 5 verändert und aufgeteilt; dies gilt nicht für Satz 3 Nr. 1 Buchstabe b.

(3) Für das Jahr 2004 ist ein Gesamtbetrag in entsprechender Anwendung von § 6 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung zu vereinbaren; dabei entscheidet im Falle des § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 der Bundespflegesatzverordnung die Schiedsstelle nach § 13 nicht. Grundlage der Vereinbarung ist der für das Jahr 2003 vereinbarte Gesamtbetrag. Dieser wird

1. vermindert um

   a) die Entgeltanteile, die auf die Leistungsbereiche entfallen, die nach § 17b Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht dem DRG-Vergütungssystem unterliegen,

   b) die Zahlungen nach § 17a Abs. 5 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für Ausbildungsstätten und anteilige Ausbildungsvergütungen; steht bei der Budgetvereinbarung die Höhe der Zahlungen noch nicht endgültig fest, sind diese in der voraussichtlich zu erwartenden Höhe abzuziehen; eine Abweichung zu der dem Krankenhaus zustehenden Höhe der Zahlungen ist bei der Budgetvereinbarung für das Jahr 2005 als Berichtigung des Erlösbudgets 2004 und mit entsprechender Ausgleichszahlung für das Jahr 2004 zu berücksichtigen,

   c) Finanzierungsbeträge nach § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der bis zum 31. Dezember

Entwurf

2003 geltenden Fassung, soweit deren Finanzierungsgrund entfallen ist,

d) anteilige *variable* Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum in andere Versorgungsbereiche verlagert werden,

e) Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum erstmals im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140b oder Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden,

f) darin enthaltene Kosten für Leistungen für ausländische Patienten, soweit diese nach Absatz 7 aus dem Gesamtbetrag ausgegliedert werden,

2. erhöht um die Abzüge nach Nummer 2 des Abschnitts K 5 der Anlage 1 zur Bundespflegesatzverordnung, soweit die vor- und nachstationäre Behandlung bei Fallpauschalen nicht mehr abgerechnet werden kann,

3. bereinigt um darin enthaltene Ausgleiche sowie Ausgleichszahlungen auf Grund von Berichtigungen für Vorjahre.

Der für das Jahr 2004 vereinbarte Gesamtbetrag ist sachgerecht aufzuteilen auf

1. die Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Erlösbudget) einschließlich der noch nicht ausgegliederten sonstigen Zu- und Abschläge nach § 7 Satz 1 Nr. 4,

2. die Entgelte, die bei Überschreitung der Grenzverweildauer der Fallpauschalen abgerechnet werden können (§ 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3),

3. die voll- und teilstationären Leistungen, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz vergütet, jedoch noch nicht von den Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden (§ 6 Abs. 1).

Der Gesamtbetrag und das Erlösbudget nach Satz 4 Nr. 1 sind um die Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre zu verändern; bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Berichtigung des bisherigen Budgets (Basisberichtigung) ein entsprechender Ausgleich durchzuführen. Für ein Krankenhaus, das nach Absatz 2 das Vergütungssystem für das Jahr 2003 angewendet hat, gilt Satz 3 Nr. 1 Buchstabe a und Nr. 2 im Jahr 2004 nicht.

(4) Für die Abrechnung der Fallpauschalen sind in den Jahren 2003 und 2004 krankenhausindividuelle Basisfallwerte zu ermitteln. Dazu wird von dem jeweiligen veränderten Erlösbudget nach Absatz 3 Satz 5 die Summe der Zusatzentgelte abgezogen und der sich ergebende Betrag durch die Summe der Bewertungsrelationen *aller voraussichtlich anfallenden* Behandlungsfälle dividiert. Der für das jeweilige Jahr geltende Basisfallwert ist der Abrechnung der Fallpauschalen zu Grunde zu legen.

(5) Bei einem Krankenhaus oder Teilen eines Krankenhauses, dessen Investitionskosten weder nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz noch nach dem Hochschulbauförderungsgesetz gefördert werden und dessen krankenhausindividueller Basisfallwert niedriger ist als der geschätzte durchschnittliche Basisfallwert der Krankenhäuser in dem Land, sind auf Antrag des Krankenhauses für

Beschlüsse des 14. Ausschusses

2003 geltenden Fassung, soweit deren Finanzierungsgrund entfallen ist,

d) anteilige Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum in andere Versorgungsbereiche verlagert werden,

e) Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum erstmals im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140b oder Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden,

f) darin enthaltene Kosten für Leistungen für ausländische Patienten, soweit diese nach Absatz 7 aus dem Gesamtbetrag ausgegliedert werden,

2. erhöht um die Abzüge nach Nummer 2 des Abschnitts K 5 der Anlage 1 zur Bundespflegesatzverordnung, soweit die vor- und nachstationäre Behandlung bei Fallpauschalen nicht mehr abgerechnet werden kann,

3. bereinigt um darin enthaltene Ausgleiche sowie Ausgleichszahlungen auf Grund von Berichtigungen für Vorjahre.

Der für das Jahr 2004 vereinbarte Gesamtbetrag ist sachgerecht aufzuteilen auf

1. die Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Erlösbudget) einschließlich der noch nicht ausgegliederten sonstigen Zu- und Abschläge nach § 7 Satz 1 Nr. 4,

2. die Entgelte, die bei Überschreitung der Grenzverweildauer der Fallpauschalen abgerechnet werden können (§ 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3),

3. die voll- und teilstationären Leistungen, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz vergütet, jedoch noch nicht von den Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden (§ 6 Abs. 1).

Der Gesamtbetrag und das Erlösbudget nach Satz 4 Nr. 1 sind um die Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre zu verändern; bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Berichtigung des bisherigen Budgets (Basisberichtigung) ein entsprechender Ausgleich durchzuführen. Für ein Krankenhaus, das nach Absatz 2 das Vergütungssystem für das Jahr 2003 angewendet hat, gilt Satz 3 Nr. 1 Buchstabe a und Nr. 2 im Jahr 2004 nicht.

(4) Für die Abrechnung der Fallpauschalen sind in den Jahren 2003 und 2004 krankenhausindividuelle Basisfallwerte zu ermitteln. Dazu wird von dem jeweiligen veränderten Erlösbudget nach Absatz 3 Satz 5 die Summe der Zusatzentgelte abgezogen und der sich ergebende Betrag durch die Summe der Bewertungsrelationen **der vereinbarten** Behandlungsfälle dividiert. Der für das jeweilige Jahr geltende Basisfallwert ist der Abrechnung der Fallpauschalen zu Grunde zu legen.

(5) unverändert

Entwurf

neue Investitionsmaßnahmen in dem Gesamtbetrag nach Absatz 2 Satz 1 oder Absatz 3 Satz 4 zusätzlich Investitionskosten nach § 17 Abs. 5 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 8 der Bundespflegesatzverordnung zu berücksichtigen. Dies gilt entsprechend für Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, die auf Grund einer Vereinbarung nach § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nur teilweise gefördert werden.

(6) Weicht in den Jahren 2003 oder 2004 die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses nach Absatz 3 Satz 4 von dem veränderten Gesamtbetrag nach Absatz 3 Satz 5 ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse nach Maßgabe der folgenden Sätze ausgeglichen. Mindererlöse werden im Jahr 2003 zu 95 vom Hundert und im Jahr 2004 zu 40 vom Hundert ausgeglichen. Mehrerlöse aus Fallpauschalen, die in Folge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren entstehen, werden vollständig ausgeglichen. Sonstige Mehrerlöse werden im Jahr 2003 zu 75 vom Hundert und im Jahr 2004 zu 65 vom Hundert ausgeglichen. Die Vertragsparteien können im Voraus einen von Satz 4 abweichenden Ausgleich vereinbaren, insbesondere für Leistungen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil. Für den Bereich der Fallpauschalen werden die sonstigen Mehrerlöse nach Satz 4 vereinfacht ermittelt, indem folgende Faktoren miteinander multipliziert werden:

1. zusätzlich erbrachte Behandlungsfälle gegenüber den bei der Ermittlung des krankenhausindividuellen Basisfallwerts nach Absatz 4 Satz 1 zu Grunde gelegten Behandlungsfällen,
2. Mittelwert der vereinbarten Bewertungsrelationen je Fall; dieser wird ermittelt, indem die Summe der Bewertungsrelationen nach Absatz 4 Satz 2 durch die *voraussichtlich anfallenden* Behandlungsfälle im Fallpauschalenbereich dividiert wird, und
3. krankenhausindividueller Basisfallwert nach Absatz 4 Satz 1.

Soweit das Krankenhaus nachweist, dass die sonstigen Mehrerlöse nach Satz 4 in Folge von Veränderungen der Leistungsstruktur mit der vereinfachten Ermittlung nach Satz 6 zu niedrig bemessen sind, ist der Betrag der sonstigen Mehrerlöse entsprechend anzupassen. Die Mehrerlöse nach Satz 3 in Folge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren werden ermittelt, indem von den insgesamt angefallenen Mehrerlösen im Fallpauschalenbereich die Mehrerlöse nach Satz 6 abgezogen werden. Mehr- oder Mindererlöse aus Zusatzentgelten für die Behandlung von Blutern sowie auf Grund von Abschlägen nach § 8 Abs. 4 werden nicht ausgeglichen.

(7) Auf Verlangen des Krankenhauses werden Leistungen für ausländische Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, nicht im Rahmen des Gesamtbetrags vergütet.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(6) Weicht in den Jahren 2003 oder 2004 die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses nach Absatz 3 Satz 4 von dem veränderten Gesamtbetrag nach Absatz 3 Satz 5 ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse nach Maßgabe der folgenden Sätze ausgeglichen. Mindererlöse werden im Jahr 2003 zu 95 vom Hundert und im Jahr 2004 zu 40 vom Hundert ausgeglichen. Mehrerlöse aus Fallpauschalen, die in Folge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren entstehen, werden vollständig ausgeglichen. Sonstige Mehrerlöse werden im Jahr 2003 zu 75 vom Hundert und im Jahr 2004 zu 65 vom Hundert ausgeglichen. Die Vertragsparteien können im Voraus einen von Satz 4 abweichenden Ausgleich vereinbaren, insbesondere für Leistungen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil. Für den Bereich der Fallpauschalen werden die sonstigen Mehrerlöse nach Satz 4 vereinfacht ermittelt, indem folgende Faktoren miteinander multipliziert werden:

1. zusätzlich erbrachte Behandlungsfälle gegenüber den bei der Ermittlung des krankenhausindividuellen Basisfallwerts nach Absatz 4 Satz 1 zu Grunde gelegten Behandlungsfällen,
2. Mittelwert der vereinbarten Bewertungsrelationen je Fall; dieser wird ermittelt, indem die Summe der Bewertungsrelationen nach Absatz 4 Satz 2 durch die **vereinbarten** Behandlungsfälle im Fallpauschalenbereich dividiert wird, und
3. krankenhausindividueller Basisfallwert nach Absatz 4 Satz 1.

Soweit das Krankenhaus **oder eine andere Vertragspartei** nachweist, dass die sonstigen Mehrerlöse nach Satz 4 in Folge von Veränderungen der Leistungsstruktur mit der vereinfachten Ermittlung nach Satz 6 zu niedrig **oder zu hoch** bemessen sind, ist der Betrag der sonstigen Mehrerlöse entsprechend anzupassen. Die Mehrerlöse nach Satz 3 in Folge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren werden ermittelt, indem von den insgesamt angefallenen Mehrerlösen im Fallpauschalenbereich die Mehrerlöse nach Satz 6 abgezogen werden. Mehr- oder Mindererlöse aus Zusatzentgelten für die Behandlung von Blutern sowie auf Grund von Abschlägen nach § 8 Abs. 4 werden nicht ausgeglichen. **Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse nach Absatz 3 Satz 4 vorzulegen.**

(7) unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(8) Die Vertragsparteien sind an den Gesamtbetrag gebunden. Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der der Vereinbarung des Gesamtbetrags zu Grunde gelegten Annahmen der Gesamtbetrag für das laufende Kalenderjahr neu zu vereinbaren. Die Vertragsparteien können im Voraus vereinbaren, dass in bestimmten Fällen der Gesamtbetrag nur teilweise neu vereinbart wird. Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Gesamtbetrag ist über den neu vereinbarten Gesamtbetrag abzurechnen; § 15 Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend.	(8) unverändert
§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets für die Jahre 2005 und 2006	§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets für die Jahre 2005 und 2006
(1) Jeweils zum 1. Januar 2005, 2006 und 2007 werden der krankenhausindividuelle Basisfallwert und das Erlösbudget des Krankenhauses (§ 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1) stufenweise an den landesweit geltenden Basisfallwert nach § 10 und das sich daraus ergebende DRG-Erlösvolumen angeglichen. Zur Berücksichtigung von Leistungsveränderungen bei der Vereinbarung des Erlösbudgets können Krankenhausvergleiche auf der Grundlage von DRG-Leistungsdaten herangezogen werden.	(1) unverändert
(2) Ausgangswert für die Ermittlung des Erlösbudgets für das Jahr 2005 ist das vereinbarte Erlösbudget nach § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1 für das Jahr 2004, dessen Basis nach § 3 Abs. 3 Satz 5 berichtigt ist; dieses wird	(2) Ausgangswert für die Ermittlung des Erlösbudgets für das Jahr 2005 ist das vereinbarte Erlösbudget nach § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1 für das Jahr 2004, dessen Basis nach § 3 Abs. 3 Satz 5 berichtigt ist; dieses wird
1. vermindert um	1. vermindert um
a) die Kosten der ab dem 1. Januar 2005 über sonstige Zuschläge nach § 7 Satz 1 Nr. 4 zu finanzierenden Tatbestände,	a) die Kosten der ab dem 1. Januar 2005 über sonstige Zuschläge nach § 7 Satz 1 Nr. 4 zu finanzierenden Tatbestände,
b) voraussichtliche Erlöse für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit diese Leistungen in dem Erlösbudget 2004 enthalten sind und im Jahr 2005 nach § 6 Abs. 2 vergütet werden,	b) voraussichtliche Erlöse für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit diese Leistungen in dem Erlösbudget 2004 enthalten sind und im Jahr 2005 nach § 6 Abs. 2 vergütet werden,
c) Finanzierungsbeträge nach § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung, soweit deren Finanzierungsgrund entfallen ist,	c) Finanzierungsbeträge nach § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung, soweit deren Finanzierungsgrund entfallen ist,
d) anteilige *variable* Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum in andere Versorgungsbereiche verlagert werden,	d) anteilige Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum in andere Versorgungsbereiche verlagert werden,
e) Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum erstmals im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140b oder Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden,	e) Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum erstmals im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140b oder Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden,
f) die nach Absatz 10 auszugliedernden Leistungen für ausländische Patienten, soweit diese in dem Gesamtbetrag für das Jahr 2004 enthalten sind, *und*	f) die nach Absatz 10 auszugliedernden Leistungen für ausländische Patienten, soweit diese in dem Gesamtbetrag für das Jahr 2004 enthalten sind,
2. bereinigt um darin enthaltene Ausgleiche und Ausgleichszahlungen auf Grund von Berichtigungen für Vorjahre.	2. bereinigt um darin enthaltene Ausgleiche und Ausgleichszahlungen auf Grund von Berichtigungen für Vorjahre**,**
	3. erhöht um den Erlösbetrag nach § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 3.

Entwurf

(3) Ausgangswert für die Ermittlung des Erlösbudgets für das Jahr 2006 ist das vereinbarte Erlösbudget 2005; dieses wird

1. vermindert um die Tatbestände nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstaben b bis f,
2. erhöht um die voraussichtlichen Erlöse aus Entgelten nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2, soweit bisher nach § 6 Abs. 2 vergütete Leistungen in das DRG-Vergütungssystem einbezogen werden*,*
3. *bereinigt um darin enthaltene Ausgleiche sowie Ausgleichszahlungen auf Grund von Berichtigungen für Vorjahre.*

(4) Als Zielwert für die Angleichung nach Absatz 1 wird für die Jahre 2005 und 2006 jeweils ein DRG-Erlösvolumen für das Krankenhaus vereinbart, indem Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden Fallpauschalen mit dem jeweils geltenden Basisfallwert nach § 10 bewertet werden. Der Betrag nach Satz 1 ist um die Abschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu vermindern.

(5) Der für die Angleichung nach Absatz 1 maßgebliche Angleichungsbetrag für das Jahr 2005 wird ermittelt, indem der Ausgangswert nach Absatz 2 von dem Zielwert 2005 nach Absatz 4 abgezogen und das Ergebnis durch drei geteilt wird. Zur Ermittlung des Erlösbudgets für das Jahr 2005 werden der Ausgangswert nach Absatz 2 und der Angleichungsbetrag nach Satz 1 unter Beachtung des Vorzeichens addiert; in den in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrags genannten Ländern sind die Auswirkungen einer Angleichung der Höhe der Vergütung nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe hinzuzurechnen.

(6) Der für die Angleichung nach Absatz 1 maßgebliche Angleichungsbetrag für das Jahr 2006 wird ermittelt, indem der Ausgangswert nach Absatz 3 von dem Zielwert 2006 nach Absatz 4 abgezogen und das Ergebnis durch zwei geteilt wird. Zur Ermittlung des Erlösbudgets für das Jahr 2006 werden der Ausgangswert nach Absatz 3 und der Angleichungsbetrag nach Satz 1 unter Beachtung des Vorzeichens addiert; Absatz 5 Satz 2 zweiter Halbsatz gilt entsprechend.

(7) Zur Ermittlung der in den Jahren 2005 und 2006 geltenden krankenhausindividuellen Basisfallwerte ist das Erlösbudget nach Absatz 5 Satz 2 oder Absatz 6 Satz 2

1. zu vermindern um die voraussichtlichen Erlöse aus Zusatzentgelten und
2. zu verändern um noch durchzuführende, vorgeschriebenen Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre; bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Berichtigung des bisherigen Budgets (Basisberichtigung) ein entsprechender Ausgleich durchzuführen.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(3) Ausgangswert für die Ermittlung des Erlösbudgets für das Jahr 2006 ist das Erlösbudget 2005 **nach Absatz 5 Satz 2**; dieses wird

1. vermindert um die Tatbestände nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstaben b bis f,
2. erhöht um die voraussichtlichen Erlöse aus Entgelten nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2, soweit bisher nach § 6 Abs. 2 vergütete Leistungen in das DRG-Vergütungssystem einbezogen werden**.**
3. **entfällt**

(4) Als Zielwert für die Angleichung nach Absatz 1 wird für die Jahre 2005 und 2006 jeweils ein DRG-Erlösvolumen für das Krankenhaus vereinbart, indem Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden Fallpauschalen mit dem jeweils geltenden Basisfallwert nach § 10 bewertet werden **und die ermittelte Erlössumme um die voraussichtliche Erlössumme aus Zusatzentgelten erhöht wird; Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern werden nicht einbezogen**. Der Betrag nach Satz 1 ist um die Abschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu vermindern.

(5) unverändert

(6) unverändert

(7) Zur Ermittlung der in den Jahren 2005 und 2006 geltenden krankenhausindividuellen Basisfallwerte ist das Erlösbudget nach Absatz 5 Satz 2 oder Absatz 6 Satz 2

1. zu vermindern um die voraussichtlichen Erlöse aus Zusatzentgelten und
2. zu verändern um noch durchzuführende, vorgeschriebenen Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre; bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Berichtigung des bisherigen Budgets (Basisberichtigung) ein entsprechender Ausgleich durchzuführen.

Entwurf

Das veränderte Erlösbudget nach Satz 1 wird durch die Summe der Bewertungsrelationen *aller* Behandlungsfälle dividiert. Der sich ergebende Basisfallwert ist der Abrechnung der Fallpauschalen zu Grunde zu legen.

(8) Bei einem Krankenhaus oder Teilen eines Krankenhauses, dessen Investitionskosten weder nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz noch nach dem Hochschulbauförderungsgesetz gefördert werden und dessen krankenhausindividueller Basisfallwert niedriger ist als der Basisfallwert nach § 10, sind auf Antrag des Krankenhauses für neue Investitionsmaßnahmen in dem Erlösbudget zusätzlich Investitionskosten nach § 8 der Bundespflegesatzverordnung bis zur Höhe des festgelegten Basisfallwerts zu berücksichtigen. Dies gilt entsprechend für Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, die auf Grund einer Vereinbarung nach § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nur teilweise gefördert werden.

(9) Weicht die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 von dem Erlösbudget nach Absatz 5 Satz 2 oder Absatz 6 Satz 2, das um Ausgleiche und Berichtigungen nach Absatz 7 Satz 1 Nr. 2 verändert worden ist, ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse nach Maßgabe der folgenden Sätze ausgeglichen. Mindererlöse werden zu 40 vom Hundert ausgeglichen. Mehrerlöse aus Fallpauschalen, die in Folge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren entstehen, werden vollständig ausgeglichen. Sonstige Mehrerlöse werden zu 65 vom Hundert ausgeglichen. Die Vertragsparteien können im Voraus einen von Satz 4 abweichenden Ausgleich vereinbaren, insbesondere für Leistungen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil. Für den Bereich der Fallpauschalen werden die sonstigen Mehrerlöse nach Satz 4 vereinfacht ermittelt, indem folgende Faktoren miteinander multipliziert werden:

1. zusätzlich erbrachte Behandlungsfälle gegenüber den bei der Ermittlung des DRG-Erlösvolumens nach Absatz 4 Satz 1 zu Grunde gelegten Behandlungsfällen,
2. Mittelwert der vereinbarten Bewertungsrelationen je Fall; dieser wird ermittelt, indem die Summe der Bewertungsrelationen nach Absatz 7 Satz 2 durch die *voraussichtlich anfallenden* Behandlungsfälle im Fallpauschalenbereich dividiert wird, und
3. krankenhausindividueller Basisfallwert nach Absatz 7 Satz 3.

Soweit das Krankenhaus nachweist, dass die sonstigen Mehrerlöse nach Satz 4 in Folge von Veränderungen der Leistungsstruktur mit der vereinfachten Ermittlung nach Satz 6 zu niedrig bemessen sind, ist der Betrag der sonstigen Mehrerlöse entsprechend anzupassen. Die Mehrerlöse nach Satz 3 in Folge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren werden ermittelt, indem von den insgesamt angefallenen Mehrerlösen im Fallpauschalenbereich die Mehrerlöse nach Satz 6 abgezogen werden. Mehr- oder Mindererlöse aus Zusatzentgelten für die Behandlung von Blutern sowie auf Grund von Abschlägen nach § 8 Abs. 4 werden nicht ausgeglichen.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Das veränderte Erlösbudget nach Satz 1 wird durch die Summe der Bewertungsrelationen **der vereinbarten** Behandlungsfälle dividiert. Der sich ergebende Basisfallwert ist der Abrechnung der Fallpauschalen zu Grunde zu legen.

(8) unverändert

(9) Weicht die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 von dem Erlösbudget nach Absatz 5 Satz 2 oder Absatz 6 Satz 2, das um Ausgleiche und Berichtigungen nach Absatz 7 Satz 1 Nr. 2 verändert worden ist, ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse nach Maßgabe der folgenden Sätze ausgeglichen. Mindererlöse werden zu 40 vom Hundert ausgeglichen. Mehrerlöse aus Fallpauschalen, die in Folge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren entstehen, werden vollständig ausgeglichen. Sonstige Mehrerlöse werden zu 65 vom Hundert ausgeglichen. Die Vertragsparteien können im Voraus einen von Satz 4 abweichenden Ausgleich vereinbaren, insbesondere für Leistungen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil. Für den Bereich der Fallpauschalen werden die sonstigen Mehrerlöse nach Satz 4 vereinfacht ermittelt, indem folgende Faktoren miteinander multipliziert werden:

1. zusätzlich erbrachte Behandlungsfälle gegenüber den bei der Ermittlung des DRG-Erlösvolumens nach Absatz 4 Satz 1 zu Grunde gelegten Behandlungsfällen,
2. Mittelwert der vereinbarten Bewertungsrelationen je Fall; dieser wird ermittelt, indem die Summe der Bewertungsrelationen nach Absatz 7 Satz 2 durch die **vereinbarten** Behandlungsfälle im Fallpauschalenbereich dividiert wird, und
3. krankenhausindividueller Basisfallwert nach Absatz 7 Satz 3.

Soweit das Krankenhaus **oder eine andere Vertragspartei** nachweist, dass die sonstigen Mehrerlöse nach Satz 4 in Folge von Veränderungen der Leistungsstruktur mit der vereinfachten Ermittlung nach Satz 6 zu niedrig **oder zu hoch** bemessen sind, ist der Betrag der sonstigen Mehrerlöse entsprechend anzupassen. Die Mehrerlöse nach Satz 3 in Folge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren werden ermittelt, indem von den insgesamt angefallenen Mehrerlösen im Fallpauschalenbereich die Mehrerlöse nach Satz 6 abgezogen werden. Mehr- oder Mindererlöse aus Zusatzentgelten für die Behandlung von Blutern sowie auf Grund von Abschlägen nach § 8 Abs. 4 werden nicht ausgeglichen. **Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse**

Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses

hat der Krankenhausträger eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 vorzulegen.

(10) Auf Verlangen des Krankenhauses werden Leistungen für ausländische Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, nicht im Rahmen des Erlösbudgets vergütet.

(10) unverändert

(11) Die Vertragsparteien nach § 11 sind an das Erlösbudget gebunden. Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der der Vereinbarung des Erlösbudgets zu Grunde gelegten Annahmen das Erlösbudget für das laufende Kalenderjahr neu zu vereinbaren. Die Vertragsparteien können im Voraus vereinbaren, dass in bestimmten Fällen das Erlösbudget nur teilweise neu vereinbart wird. Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Erlösbudget ist über das neu vereinbarte Erlösbudget abzurechnen; § 15 Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend.

(11) unverändert

(12) Falls für den Zeitraum ab dem Jahr 2007 eine andere gesetzliche Regelung nicht in Kraft getreten ist, sind für die Ermittlung des Erlösbudgets Absatz 4 und für die Berücksichtigung von Ausgleichen und Berichtigungen für Vorjahre Absatz 7 Satz 1 entsprechend anzuwenden. Die Absätze 9 und 10 sind anzuwenden.

§ 5
Vereinbarung von Zu- und Abschlägen

(1) Die nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 vereinbarten Regelungen für bundeseinheitliche Zu- und Abschläge sind für die Vertragsparteien nach § 11 verbindlich. Auf Antrag einer Vertragspartei ist zu prüfen, ob bei dem Krankenhaus die Voraussetzungen für einen Zu- oder Abschlag vorliegen. Wurde für einen Tatbestand ein bundeseinheitlicher Zu- oder Abschlagsbetrag festgelegt, der für die Zwecke der Berechnung gegenüber den Patienten oder den Kostenträgern auf eine krankenhausindividuelle Bezugsgröße, beispielsweise die Fallzahl oder eine Erlössumme, umgerechnet werden muss, so vereinbaren die Vertragsparteien gemäß den bundeseinheitlichen Vereinbarungen den sich daraus ergebenden krankenhausindividuellen Abrechnungsbetrag oder -prozentsatz.

(2) *Ein Sicherstellungszuschlag f*ür die Vorhaltung *einer Leistung,* die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar ist, *darf nicht vereinbart werden, wenn* ein anderes geeignetes Krankenhaus, das diese Leistungsart bereits erbringt, *diese Leistung* ohne Zuschlag *erbringen* kann. *D*ie Vertragsparteien nach § 11 *entscheiden* unter *Beachtung* der Maßstäbe nach § 17b Abs. 1 Satz *5* des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, ob ein anderes geeignetes Krankenhaus *vorhanden ist oder ob ein Zuschlag zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit dieser Leistung notwendig ist.* Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde *unter Beachtung der Interessen anderer Krankenhäuser darüber, ob die Erbringung der Leistung durch das* Krankenhaus zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung *erforderlich ist.* Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren die Höhe des Zuschlags.

§ 5
Vereinbarung von Zu- und Abschlägen

(1) Die nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 vereinbarten Regelungen für bundeseinheitliche Zu- und Abschläge **nach § 17b Abs. 1 Satz 4 und 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes** sind für die Vertragsparteien nach § 11 verbindlich. Auf Antrag einer Vertragspartei ist zu prüfen, ob bei dem Krankenhaus die Voraussetzungen für einen Zu- oder Abschlag vorliegen. Wurde für einen Tatbestand ein bundeseinheitlicher Zu- oder Abschlagsbetrag festgelegt, der für die Zwecke der Berechnung gegenüber den Patienten oder den Kostenträgern auf eine krankenhausindividuelle Bezugsgröße, beispielsweise die Fallzahl oder eine Erlössumme, umgerechnet werden muss, so vereinbaren die Vertragsparteien gemäß den bundeseinheitlichen Vereinbarungen den sich daraus ergebenden krankenhausindividuellen Abrechnungsbetrag oder -prozentsatz.

(2) **F**ür die Vorhaltung **von Leistungen,** die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar **und** zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung **bei einem** Krankenhaus **notwendig** ist, **vereinbaren d**ie Vertragsparteien nach § 11 **unter Anwendung** der Maßstäbe **und Einhaltung der Vorgaben** nach § 17b Abs. 1 Satz **6 und 7** des Krankenhausfinanzierungsgesetzes **Sicherstellungszuschläge. Sie haben dabei zu prüfen, ob die Leistung durch** ein anderes geeignetes Krankenhaus, das diese Leistungsart bereits erbringt, ohne Zuschlag **erbracht werden** kann. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde**.** Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren die Höhe des Zuschlags.

Entwurf

§ 6
Vereinbarung sonstiger Entgelte

(1) Für die Vergütung von Leistungen, die nach Feststellung der Vertragsparteien nach § 9 in den Jahren 2003 und 2004 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 fall- oder tagesbezogene Entgelte. Die Entgelte sind sachgerecht zu kalkulieren.

(2) Für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 noch nicht sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der Finanzierung ausgeschlossen worden sind, *können* die Vertragsparteien nach § 11 erstmals für das Kalenderjahr 2005 zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte vereinbaren. Die Entgelte sind sachgerecht zu kalkulieren; die Empfehlungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 sind zu beachten. *Die Schiedsstelle nach § 13 entscheidet nicht. D*ie Vertragsparteien melden *unverzüglich* Art und Höhe *des vereinbarten* Entgelts an die Vertragsparteien nach § 9. Diese veranlassen eine Bewertung der Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

§ 6
Vereinbarung sonstiger Entgelte

(1) Für die Vergütung von Leistungen, die nach Feststellung der Vertragsparteien nach § 9 in den Jahren 2003 und 2004 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 fall- oder tagesbezogene Entgelte. Die Entgelte sind sachgerecht zu kalkulieren**; die Empfehlungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 sind zu beachten.**

(2) Für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 noch nicht sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der Finanzierung ausgeschlossen worden sind, **sollen** die Vertragsparteien nach § 11 erstmals für das Kalenderjahr 2005 zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte vereinbaren. Die Entgelte sind sachgerecht zu kalkulieren; die Empfehlungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 sind zu beachten. **Vor der Vereinbarung einer gesonderten Vergütung hat das Krankenhaus bis zum 30. September von den Vertragsparteien nach § 9 eine Information einzuholen, ob die neue Methode mit den bereits vereinbarten Fallpauschalen abgerechnet werden kann. Nach Vereinbarung eines** Entgelts melden **d**ie Vertragsparteien Art und Höhe an die Vertragsparteien nach § 9. Diese **können** eine Bewertung der Untersuchungs- und Behandlungsmethode nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veranlassen**; § 137c Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt**. **Für das Schiedsstellenverfahren nach § 13 kann eine Stellungnahme des Ausschusses Krankenhaus nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eingeholt werden.**

Abschnitt 3
Entgeltarten und Abrechnung

§ 7
Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit folgenden Entgelten abgerechnet:

1. Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9),
2. Zusatzentgelte nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9),
3. ergänzende Entgelte bei Überschreitung der Grenzverweildauer der Fallpauschale (§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1),
4. der Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen ab dem 1. Januar 2004, sonstige Zu- und Abschläge ab dem 1. Januar 2005 (§ 17b Abs. 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes),
5. Entgelte für Leistungen, die in den Jahren 2003 und 2004 noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden (§ 6 Abs. 1),

Abschnitt 3
Entgeltarten und Abrechnung

§ 7
Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit folgenden Entgelten abgerechnet:

1. Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9),
2. Zusatzentgelte nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9),
3. ergänzende Entgelte bei Überschreitung der Grenzverweildauer der Fallpauschale (§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1),
4. der Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen ab dem 1. Januar 2004, sonstige Zu- und Abschläge ab dem 1. Januar 2005 (§ 17b Abs. 1 Satz 4 **und 6** des Krankenhausfinanzierungsgesetzes),
5. Entgelte für Leistungen, die in den Jahren 2003 und 2004 noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden (§ 6 Abs. 1),

Entwurf

6. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht in die Entgeltkataloge nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 aufgenommen worden sind (§ 6 Abs. 2),
7. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs. 4,
8. der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Mit diesen Entgelten werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet.

§ 8
Berechnung der Entgelte

(1) Die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen sind für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen; § 17 Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt. Bei Patienten, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden, sind die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen nach § 7 zu berechnen. Die Entgelte dürfen nur im Rahmen des Versorgungsauftrags berechnet werden; dies gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatienten. Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses ergibt sich

1. bei einem Plankrankenhaus aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung nach § 6 Abs. 1 in Verbindung mit § 8 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. bei einer Hochschulklinik aus der Aufnahme der Hochschule in das Hochschulverzeichnis nach § 4 des Hochschulbauförderungsgesetzes und dem Krankenhausplan nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
3. bei anderen Krankenhäusern aus dem Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Fallpauschalen werden für die Behandlungsfälle berechnet, die in dem Fallpauschalen-Katalog nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bestimmt sind. Für die Patienten von Belegärzten werden gesonderte Fallpauschalen berechnet. Zusätzlich zu einer Fallpauschale dürfen berechnet werden:

1. Zusatzentgelte nach dem Katalog nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, insbesondere für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren sowie für eine Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist,
2. Zu- und Abschläge nach § 5,
3. ein in dem Fallpauschalen-Katalog festgelegtes Entgelt für den Fall der Überschreitung der Grenzverweildauer,
4. eine nachstationäre Behandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstatio-

Beschlüsse des 14. Ausschusses

6. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht in die Entgeltkataloge nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 aufgenommen worden sind (§ 6 Abs. 2),
7. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz **5** des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs. 4,
8. der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Mit diesen Entgelten werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet.

§ 8
unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

nären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt; eine vorstationäre Behandlung ist neben der Fallpauschale nicht gesondert berechenbar; dies gilt auch für eine entsprechende Behandlung von Privatpatienten als allgemeine Krankenhausleistung.

(3) Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet berechnen bis zum 31. Dezember 2014 für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts mit Ausnahme des Entlassungstags (Belegungstage) den Investitionszuschlag nach Artikel 14 Abs. 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes. Bei teilstationärer Behandlung wird der Zuschlag auch für den Entlassungstag berechnet.

(4) Hält das Krankenhaus seine Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht ein, sind von den Fallpauschalen und Zusatzentgelten Abschläge nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorzunehmen.

(5) Wird ein Patient wegen Komplikationen wieder in dasselbe Krankenhaus aufgenommen, für den zuvor eine Fallpauschale berechnet wurde, darf für die Kalendertage innerhalb der Grenzverweildauer dieser Fallpauschale die Fallpauschale nicht erneut berechnet werden. Wird ein Patient beurlaubt, ist dies im Falle der Überschreitung der Grenzverweildauer auf der Rechnung auszuweisen.

(6) Werden die mit einer Fallpauschale vergüteten Leistungen ohne Verlegung des Patienten durch mehrere Krankenhäuser erbracht, wird die Fallpauschale durch das Krankenhaus berechnet, das den Patienten stationär aufgenommen hat.

(7) Das Krankenhaus kann eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird. Ab dem achten Tag des Krankenhausaufenthalts kann das Krankenhaus eine angemessene Abschlagszahlung verlangen, deren Höhe sich an den bisher erbrachten Leistungen in Verbindung mit der Höhe der voraussichtlich zu zahlenden Entgelte zu orientieren hat. Die Sätze 1 bis 2 gelten nicht, soweit andere Regelungen über eine zeitnahe Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen in für das Krankenhaus verbindlichen Regelungen nach den §§ 112 bis 114 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder in der Vereinbarung nach § 11 Abs. 1 getroffen werden.

(8) Das Krankenhaus hat dem selbstzahlenden Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter die für ihn voraussichtlich maßgebenden Entgelte so bald wie möglich schriftlich bekannt zu geben, es sei denn, der Patient ist in vollem Umfang für Krankenhausbehandlung versichert. Im Übrigen kann jeder Patient verlangen, dass ihm unverbindlich die voraussichtlich abzurechnende Fallpauschale und deren Höhe sowie voraussichtlich zu zahlende, ergänzende Entgelte mitgeteilt werden. Stehen bei der Aufnahme eines selbstzahlenden Patienten die Entgelte noch nicht endgültig fest, ist hierauf hinzuweisen. Dabei ist mitzuteilen, dass das zu zahlende Entgelt sich erhöht, wenn das neue Entgelt während der stationären Behandlung des Patienten in Kraft tritt. Die voraussichtliche Erhöhung ist anzugeben.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Abschnitt 4 **Vereinbarungsverfahren**	**Abschnitt 4** **Vereinbarungsverfahren**
§ 9 Vereinbarung auf Bundesebene	§ 9 Vereinbarung auf Bundesebene
(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11	(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 **insbesondere**
1. einen Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Abs. 1 Satz *7* des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen, *der* Grenzverweildauer und der *nach der Grenzverweildauer* zu zahlenden Entgelte,	1. einen Fallpauschalenkatalog nach § 17b Abs. 1 Satz **9** des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen **sowie Regelungen zur** Grenzverweildauer und der **in Abhängigkeit von diesen zusätzlich** zu zahlenden Entgelte **oder vorzunehmenden Abschläge**,
2. einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17b Abs. 1 Satz 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Vergütungshöhe,	2. einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17b Abs. 1 Satz **11** des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Vergütungshöhe,
3. die Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1 und 2 sowie die Regelungen über Zu- und Abschläge,	3. die Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1 und 2 sowie die Regelungen über Zu- und Abschläge,
4. Empfehlungen für die Kalkulation und Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die nach § 6 *Abs. 2 zeitlich befristet* gesonderte Entgelte vereinbart werden können,	4. Empfehlungen für die Kalkulation und Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die nach § 6 gesonderte Entgelte vereinbart werden können,
5. für das Jahr 2003 die Berichtigungsrate nach § 6 Abs. 3 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung und für das Jahr 2004 die Berichtigungsrate nach § 6 Abs. 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung.	5. für das Jahr 2003 die Berichtigungsrate nach § 6 Abs. 3 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung und für das Jahr 2004 die Berichtigungsrate nach § 6 Abs. 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung.
Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren Empfehlungen an die Vertragsparteien auf Landesebene zur Vereinbarung der Basisfallwerte und geben vor, welche Tatbestände, die bei der Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nicht umgesetzt werden können und deshalb nach § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und Satz 3 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts umzusetzen sind, in welcher Höhe zu berücksichtigen oder auszugleichen sind.	Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren Empfehlungen an die Vertragsparteien auf Landesebene zur Vereinbarung der Basisfallwerte und geben vor, welche Tatbestände, die bei der Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nicht umgesetzt werden können und deshalb nach § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und Satz 3 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts umzusetzen sind, in welcher Höhe zu berücksichtigen oder auszugleichen sind.
(2) Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.	(2) unverändert
§ 10 Vereinbarung auf Landesebene	§ 10 Vereinbarung auf Landesebene
(1) Zur Bestimmung der Höhe der Fallpauschalen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 vereinbaren die in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten (Vertragsparteien auf Landesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 jährlich einen landesweit geltenden Basisfallwert für das folgende Kalenderjahr. Dabei sind die nach Überschreitung der Grenzverweildauer zu zahlenden Entgelte zu berücksichtigen.	(1) unverändert
(2) Bei der erstmaligen Vereinbarung für das Jahr 2005 haben die Vertragsparteien den Basisfallwert so festzulegen, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne	(2) unverändert

Entwurf

Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten. Maßstab dafür ist die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die Vertragsparteien haben sich an dem voraussichtlichen Ausgabenvolumen für die mit dem Basisfallwert zu vergütenden Leistungen oder an den für das Jahr 2004 vereinbarten, gewichteten Basisfallwerten der Krankenhäuser im Lande zu orientieren. In diesem Rahmen sind die Vorgaben nach Absatz 3 zu berücksichtigen.

(3) In den Folgejahren sind bei der Vereinbarung insbesondere zu berücksichtigen:

1. der von den Vertragsparteien nach § 9 Abs. 1 Satz 2 vorgegebene Veränderungsbedarf auf Grund der jährlichen Kostenerhebung und Neukalkulation, der nicht mit den Bewertungsrelationen umgesetzt werden kann,
2. voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklungen,
3. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen erfasst worden sind,
4. die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen.

Bei der Anwendung von Satz 1 Nr. 4 ist sicherzustellen, dass zusätzliche Fälle bei der Vereinbarung des Basisfallwerts absenkend berücksichtigt werden. Soweit in Folge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren Ausgabenerhöhungen entstehen, sind diese vollständig durch eine entsprechende Absenkung des Basisfallwerts auszugleichen.

(4) Die nach Absatz 3 vereinbarte Veränderung des Basisfallwerts darf die sich bei Anwendung der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergebende Veränderung des Basisfallwerts nicht überschreiten.

(5) Soweit in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrags genannten Gebiet die Höhe der Vergütung nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag unter der im übrigen Bundesgebiet geltenden Höhe liegt, ist dies bei der Vereinbarung des Basisfallwerts zu beachten. Die Veränderungsrate nach Absatz 4 darf überschritten werden, soweit eine Angleichung dieser Vergütung an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe dies erforderlich macht.

(6) Die Vereinbarung ist bis zum 31. Oktober jeden Jahres zu schließen. Die Vertragsparteien auf Landesebene nehmen die Verhandlungen unverzüglich auf, nachdem eine Partei dazu schriftlich aufgefordert hat. Die Vereinbarung kommt durch Einigung zwischen den Parteien zustande, die an der Verhandlung teilgenommen haben; sie ist schriftlich

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(3) In den Folgejahren sind bei der Vereinbarung insbesondere zu berücksichtigen:

1. der von den Vertragsparteien nach § 9 Abs. 1 Satz 2 vorgegebene Veränderungsbedarf auf Grund der jährlichen Kostenerhebung und Neukalkulation, der nicht mit den Bewertungsrelationen umgesetzt werden kann,
2. voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklungen,
3. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen erfasst worden sind,
4. die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen**,**
5. **die Ausgabenentwicklung insgesamt bei den Leistungsbereichen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden, soweit diese die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch überschreiten; dabei werden die Zuschläge zur Finanzierung der Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen nicht einbezogen.**

Bei der Anwendung von Satz 1 Nr. 4 ist sicherzustellen, dass zusätzliche Fälle bei der Vereinbarung des Basisfallwerts absenkend berücksichtigt werden. Soweit in Folge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren Ausgabenerhöhungen entstehen, sind diese vollständig durch eine entsprechende Absenkung des Basisfallwerts auszugleichen.

(4) unverändert

(5) unverändert

(6) unverändert

Entwurf

abzuschließen. Kommt eine Vereinbarung bis zu diesem Zeitpunkt nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 13 den Basisfallwert auf Antrag einer Vertragspartei auf Landesebene unverzüglich fest.

§ 11
Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

(1) Nach Maßgabe der §§ 3 bis 6 und unter Beachtung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses (§ 8 Abs. 1 Satz 3 und 4) regeln die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Vertragsparteien) *in den Jahren 2003 bis 2006* in der Vereinbarung den Gesamtbetrag, das Erlösbudget, die Summe der Bewertungsrelationen, den krankenhausindividuellen Basisfallwert, die Zu- und Abschläge, die sonstigen Entgelte und die Mehr- und Mindererlösausgleiche. Sie stellen auch Art und Anzahl der Ausbildungsplätze sowie die Höhe des zusätzlich zu finanzierenden Mehraufwands für Ausbildungsvergütungen fest. Die Vereinbarung ist für einen zukünftigen Zeitraum (Vereinbarungszeitraum) zu schließen. Die Vereinbarung muss Bestimmungen enthalten, die eine zeitnahe Zahlung der Entgelte an das Krankenhaus gewährleisten; hierzu sollen insbesondere Regelungen über angemessene monatliche Teilzahlungen und Verzugszinsen bei verspäteter Zahlung getroffen werden. Die Vereinbarung kommt durch Einigung zwischen den Vertragsparteien zustande, die an der Verhandlung teilgenommen haben; sie ist schriftlich abzuschließen.

(2) Der Vereinbarungszeitraum beträgt ein Kalenderjahr, wenn das Krankenhaus ganzjährig betrieben wird. Ein Zeitraum, der mehrere Kalenderjahre umfasst, kann vereinbart werden.

(3) Die Vertragsparteien nehmen die Verhandlung unverzüglich auf, nachdem eine Vertragspartei dazu schriftlich aufgefordert hat. Die Verhandlung soll unter Berücksichtigung der Sechswochenfrist des § 18 Abs. 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes so rechtzeitig abgeschlossen werden, dass das neue Erlösbudget und die neuen Entgelte mit Ablauf des laufenden Vereinbarungszeitraums in Kraft treten können.

(4) Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Verhandlung den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde

1. für die Jahre 2003 und 2004 die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach den Anlagen 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung, mit Ausnahme der Bundeswehrkrankenhäuser, sowie die Abschnitte E1, E2 und B1 nach Anlage 1 dieses Gesetzes,

2. für die Jahre 2005 *und 2006* die Abschnitte E1, E2 und B2 nach Anlage 1 dieses Gesetzes.

Soweit dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrags im Einzelfall erforderlich ist, hat das Krankenhaus auf gemeinsames Verlangen der anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Bei dem

Beschlüsse des 14. Ausschusses

§ 11
Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

(1) Nach Maßgabe der §§ 3 bis 6 und unter Beachtung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses (§ 8 Abs. 1 Satz 3 und 4) regeln die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Vertragsparteien) in der Vereinbarung den Gesamtbetrag, das Erlösbudget, die Summe der Bewertungsrelationen, den krankenhausindividuellen Basisfallwert, die Zu- und Abschläge, die sonstigen Entgelte und die Mehr- und Mindererlösausgleiche. Sie stellen auch Art und Anzahl der Ausbildungsplätze sowie die Höhe des zusätzlich zu finanzierenden Mehraufwands für Ausbildungsvergütungen fest. Die Vereinbarung ist für einen zukünftigen Zeitraum (Vereinbarungszeitraum) zu schließen. Die Vereinbarung muss Bestimmungen enthalten, die eine zeitnahe Zahlung der Entgelte an das Krankenhaus gewährleisten; hierzu sollen insbesondere Regelungen über angemessene monatliche Teilzahlungen und Verzugszinsen bei verspäteter Zahlung getroffen werden. Die Vereinbarung kommt durch Einigung zwischen den Vertragsparteien zustande, die an der Verhandlung teilgenommen haben; sie ist schriftlich abzuschließen.

(2) unverändert

(3) unverändert

(4) Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Verhandlung den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde

1. für die Jahre 2003 und 2004 die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach den Anlagen 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung, mit Ausnahme der Bundeswehrkrankenhäuser, sowie die Abschnitte E1, E2 und B1 nach Anlage 1 dieses Gesetzes,

2. für die Jahre **ab** 2005 die Abschnitte E1, E2 und B2 nach Anlage 1 dieses Gesetzes.

Soweit dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrags im Einzelfall erforderlich ist, hat das Krankenhaus auf gemeinsames Verlangen der anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Bei dem

Entwurf

Verlangen nach Satz 2 muss der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigen.

(5) Die Vertragsparteien sind verpflichtet, wesentliche Fragen zum Versorgungsauftrag und zur Leistungsstruktur des Krankenhauses sowie zur Höhe der Zu- und Abschläge nach § 5 so frühzeitig gemeinsam vorzuklären, dass die Verhandlung zügig durchgeführt werden kann.

§ 12
Vorläufige Vereinbarung

Können sich die Vertragsparteien insbesondere über die Höhe des Gesamtbetrags, des Erlösbudgets, des krankenhausindividuellen Basisfallwerts oder über die Höhe sonstiger Entgelte nicht einigen und soll wegen der Gegenstände, über die keine Einigung erzielt werden konnte, die Schiedsstelle nach § 13 angerufen werden, schließen die Vertragsparteien eine Vereinbarung, soweit die Höhe unstrittig ist. Die auf dieser Vereinbarung beruhenden Entgelte sind zu erheben, bis die endgültig maßgebenden Entgelte in Kraft treten. Mehr- oder Mindererlöse des Krankenhauses in Folge der erhobenen vorläufigen Entgelte werden durch Zu- oder Abschläge auf die Entgelte des laufenden oder eines folgenden Vereinbarungszeitraums ausgeglichen.

§ 13
Schiedsstelle

(1) Kommt eine Vereinbarung nach § 11 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer der in § 10 oder § 11 genannten Vertragsparteien. Sie ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.

(2) Die Schiedsstelle entscheidet innerhalb von sechs Wochen über die Gegenstände, über die keine Einigung erreicht werden konnte.

§ 14
Genehmigung

(1) Die Genehmigung der vereinbarten oder von der Schiedsstelle nach § 13 festgesetzten krankenhausindividuellen Basisfallwerte, der Entgelte nach § 6 und der Zuschläge nach § 5 ist von einer der Vertragsparteien bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen.

(2) Die Vertragsparteien und die Schiedsstellen haben der zuständigen Landesbehörde die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die für die Prüfung der Rechtmäßigkeit erforderlich sind. Im Übrigen sind die für die Vertragsparteien bezüglich der Vereinbarung geltenden Rechtsvorschriften entsprechend anzuwenden. Die Genehmigung kann mit Nebenbestimmungen verbunden werden, soweit dies erforderlich ist, um rechtliche Hindernisse zu beseitigen, die einer uneingeschränkten Genehmigung entgegenstehen.

(3) Wird die Genehmigung eines Schiedsspruches versagt, ist die Schiedsstelle auf Antrag verpflichtet, unter Beachtung der Rechtsauffassung der Genehmigungsbehörde erneut zu entscheiden.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Verlangen nach Satz 2 muss der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigen.

(5) unverändert

§ 12
unverändert

§ 13
unverändert

§ 14
unverändert

Entwurf

§ 15
Laufzeit

(1) Die für das Kalenderjahr vereinbarte krankenhausindividuelle Höhe der Fallpauschalen und sonstiger Entgelte sowie erstmals vereinbarte Entgelte nach § 6 werden vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums an erhoben. Wird die Vereinbarung erst nach diesem Zeitpunkt genehmigt, sind die Entgelte ab dem ersten Tag des Monats zu erheben, der auf die Genehmigung folgt, soweit in der Vereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung kein anderer zukünftiger Zeitpunkt bestimmt ist. Bis dahin sind die bisher geltenden Entgelte weiter zu erheben; dies gilt auch für die Einführung des DRG-Vergütungssystems im Jahr 2003 oder 2004. Sie sind jedoch um die darin enthaltenen Ausgleichsbeträge zu bereinigen, wenn und soweit dies in der bisherigen Vereinbarung oder Festsetzung so bestimmt worden ist.

(2) Mehr- oder Mindererlöse in Folge der Weitererhebung der bisherigen Entgelte werden durch Zu- und Abschläge auf die im restlichen Vereinbarungszeitraum zu erhebenden neuen Entgelte ausgeglichen; wird der Ausgleichsbetrag durch die Erlöse aus diesen Zu- und Abschlägen im restlichen Vereinbarungszeitraum über- oder unterschritten, wird der abweichende Betrag über die Entgelte des nächsten Vereinbarungszeitraums ausgeglichen; es ist ein einfaches Ausgleichsverfahren zu vereinbaren. Würden die Entgelte durch diesen Ausgleich und einen Betrag nach § 3 Abs. 8 oder § 4 Abs. 11 insgesamt um mehr als 30 vom Hundert erhöht, sind übersteigende Beträge bis jeweils zu dieser Grenze in nachfolgenden Budgets auszugleichen. Ein Ausgleich von Mindererlösen entfällt, soweit die verspätete Genehmigung der Vereinbarung von dem Krankenhaus zu vertreten ist.

Abschnitt 5
Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen

§ 16
Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen

Bis zum 31. Dezember 2004 richtet sich die Vereinbarung und Berechnung von Wahlleistungen und belegärztlichen Leistungen sowie die Kostenerstattung der Ärzte nach den §§ 22 bis 24 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2003 geltenden Fassung.

§ 17
Wahlleistungen

(1) Neben den Entgelten für die voll- und teilstationäre Behandlung dürfen andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen alsWahlleistungen gesondert berechnet werden, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen durch die Wahlleistungen nicht beeinträchtigt werden und die gesonderte Berechnung mit dem Krankenhaus vereinbart ist. Diagnostische und therapeutische Leistungen dürfen als Wahlleistungen nur gesondert berechnet werden, wenn die Voraussetzungen des Satzes 1 vorliegen und die Leistungen von einem Arzt erbracht werden. Die Entgelte für Wahlleistungen dürfen in keinem unangemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Beschlüsse des 14. Ausschusses

§ 15
unverändert

Abschnitt 5
unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

und der Verband der privaten Krankenversicherung können Empfehlungen zur Bemessung der Entgelte für nichtärztliche Wahlleistungen abgeben. Verlangt ein Krankenhaus ein unangemessen hohes Entgelt für nichtärztliche Wahlleistungen, kann der Verband der privaten Krankenversicherung die Herabsetzung auf eine angemessene Höhe verlangen; gegen die Ablehnung einer Herabsetzung ist der Zivilrechtsweg gegeben.

(2) Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren; der Patient ist vor Abschluss der Vereinbarung schriftlich über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im Einzelnen zu unterrichten. Die Art der Wahlleistungen ist der zuständigen Landesbehörde zusammen mit dem Genehmigungsantrag nach § 14 mitzuteilen.

(3) Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses; darauf ist in der Vereinbarung hinzuweisen. Ein zur gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen berechtigter Arzt des Krankenhauses kann eine Abrechnungsstelle mit der Abrechnung der Vergütung für die wahlärztlichen Leistungen beauftragen oder die Abrechnung dem Krankenhausträger überlassen. Der Arzt oder eine von ihm beauftragte Abrechnungsstelle ist verpflichtet, dem Krankenhaus umgehend die zur Ermittlung der nach § 19 Abs. 2 zu erstattenden Kosten jeweils erforderlichen Unterlagen einschließlich einer Auflistung aller erbrachten Leistungen vollständig zur Verfügung zu stellen. Der Arzt ist verpflichtet, dem Krankenhaus die Möglichkeit einzuräumen, die Rechnungslegung zu überprüfen. Wird die Abrechnung vom Krankenhaus durchgeführt, leitet dieses die Vergütung nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten und der nach § 19 Abs. 2 zu erstattenden Kosten an den berechtigten Arzt weiter. Personenbezogene Daten dürfen an eine beauftragte Abrechnungsstelle außerhalb des Krankenhauses nur mit Einwilligung des Betroffenen, die jederzeit widerrufen werden kann, übermittelt werden. Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte entsprechende Anwendung, soweit sich die Anwendung nicht bereits aus diesen Gebührenordnungen ergibt.

(4) Eine Vereinbarung über gesondert berechenbare Unterkunft darf nicht von einer Vereinbarung über sonstige Wahlleistungen abhängig gemacht werden.

(5) Bei Krankenhäusern, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt, müssen die Wahlleistungsentgelte mindestens die dafür nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4, 5 und 7 der Bundespflegesatzverordnung abzuziehenden Kosten decken.

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

§ 18
Belegärzte

(1) Belegärzte im Sinne dieses Gesetzes sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Leistungen des Belegarztes sind

1. seine persönlichen Leistungen,
2. der ärztliche Bereitschaftsdienst für Belegpatienten,
3. die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden,
4. die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

(2) Für Belegpatienten werden gesonderte Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart. Bei Krankenhäusern, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt und die tagesgleiche Pflegesätze berechnen, werden gesonderte Belegpflegesätze vereinbart.

§ 19
Kostenerstattung der Ärzte

(1) Soweit Belegärzte zur Erbringung ihrer Leistungen nach § 18 Ärzte des Krankenhauses in Anspruch nehmen, sind sie verpflichtet, dem Krankenhaus die entstehenden Kosten zu erstatten. Die Kostenerstattung kann pauschaliert werden. Soweit vertragliche Regelungen der Vorschrift des Satzes 1 entgegenstehen, sind sie anzupassen.

(2) Soweit ein Arzt des Krankenhauses wahlärztliche Leistungen nach § 17 Abs. 3 gesondert berechnen kann, ist er, soweit in Satz 2 nichts Abweichendes bestimmt ist, verpflichtet, dem Krankenhaus in den Jahren 2005 und 2006 die auf diese Wahlleistungen entfallenden, nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 der Bundespflegesatzverordnung nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten. Beruht die Berechtigung des Arztes, wahlärztliche Leistungen nach § 17 Abs. 3 gesondert zu berechnen, auf einem mit dem Krankenhausträger vor dem 1. Januar 1993 geschlossenen Vertrag oder einer vor dem 1. Januar 1993 auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften genehmigten Nebentätigkeit, ist der Arzt abweichend von Satz 1 verpflichtet, dem Krankenhaus in den Jahren 2005 und 2006 die auf diese Wahlleistungen entfallenden, nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 der Bundespflegesatzverordnung nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten.

(3) Soweit Ärzte zur Erbringung sonstiger vollstationärer oder teilstationärer ärztlicher Leistungen, die sie selbst berechnen können, Personen, Einrichtungen oder Mittel des Krankenhauses in Anspruch nehmen, sind sie verpflichtet, dem Krankenhaus die auf diese Leistungen entfallenden Kosten zu erstatten. Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

Entwurf

(4) Soweit ein Krankenhaus weder nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz noch nach dem Hochschulbauförderungsgesetz gefördert wird, umfasst die Kostenerstattung nach den Absätzen 1 bis 3 auch die auf diese Leistungen entfallenden Investitionskosten.

(5) Beamtenrechtliche oder vertragliche Regelungen über die Entrichtung eines Entgelts bei der Inanspruchnahme von Einrichtungen, Personal und Material des Krankenhauses, soweit sie ein über die Kostenerstattung hinausgehendes Nutzungsentgelt festlegen, und sonstige Abgaben der Ärzte werden durch die Vorschriften der Absätze 1 bis 4 nicht berührt.

Abschnitt 6
Sonstige Vorschriften

§ 20
Zuständigkeit der Krankenkassen auf Landesebene

Die in diesem Gesetz den Landesverbänden der Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben nehmen für die Ersatzkassen die nach § 212 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gebildeten Verbände, für die knappschaftliche Krankenversicherung die Bundesknappschaft und für die Krankenversicherung der Landwirte die örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen wahr.

§ 21
Übermittlung und Nutzung von DRG-Daten

(1) Das Krankenhaus übermittelt auf einem maschinenlesbaren Datenträger jeweils zum 31. März für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr die Daten nach Absatz 2 an eine von den Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu benennende Stelle auf Bundesebene (DRG-Datenstelle). Erstmals sind zum 1. *Juli* 2002 Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a bis c sowie Nr. 2 Buchstabe a bis f für alle vollstationären und teilstationären Krankenhausfälle des *zweiten* Halbjahres *2001* zu übermitteln.

(2) Zu übermitteln sind folgende Daten:

1. je Übermittlung einen Datensatz mit folgenden Strukturdaten
   a) Institutionskennzeichen des Krankenhauses, Art des Krankenhauses und der Trägerschaft sowie Anzahl der aufgestellten Betten,
   b) Merkmale für die Vereinbarung von Zu- und Abschlägen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, einschließlich der Angabe, ob eine Teilnahme an der stationären Notfallversorgung erfolgt,
   c) Anzahl der Ausbildungsplätze, Höhe der Personal und Gesamtkosten sowie Anzahl der Ausbildenden und Auszubildenden, jeweils gegliedert nach Berufsbezeichnung nach § 2 Nr. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes; die Anzahl der Auszubildenden nach Berufsbezeichnungen zusätzlich gegliedert nach jeweiligem Ausbildungsjahr,
   d) Summe der vereinbarten und abgerechneten DRG-Fälle, der vereinbarten und abgerechneten Summe

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Abschnitt 6
Sonstige Vorschriften

§ 20
unverändert

§ 21
Übermittlung und Nutzung von DRG-Daten

(1) Das Krankenhaus übermittelt auf einem maschinenlesbaren Datenträger jeweils zum 31. März für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr die Daten nach Absatz 2 an eine von den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu benennende Stelle auf Bundesebene (DRG-Datenstelle). Erstmals sind zum 1. **August** 2002 Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a bis c sowie Nr. 2 Buchstabe a bis f für alle **entlassenen** vollstationären und teilstationären Krankenhausfälle des **ersten** Halbjahres **2002** zu übermitteln.

(2) Zu übermitteln sind folgende Daten:

1. je Übermittlung einen Datensatz mit folgenden Strukturdaten
   a) Institutionskennzeichen des Krankenhauses, Art des Krankenhauses und der Trägerschaft sowie Anzahl der aufgestellten Betten,
   b) Merkmale für die Vereinbarung von Zu- und Abschlägen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 **und 8** des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, einschließlich der Angabe, ob eine Teilnahme an der stationären Notfallversorgung erfolgt,
   c) Anzahl der Ausbildungsplätze, Höhe der Personal und Gesamtkosten sowie Anzahl der Ausbildenden und Auszubildenden, jeweils gegliedert nach Berufsbezeichnung nach § 2 Nr. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes; die Anzahl der Auszubildenden nach Berufsbezeichnungen zusätzlich gegliedert nach jeweiligem Ausbildungsjahr,
   d) Summe der vereinbarten und abgerechneten DRG-Fälle, der vereinbarten und abgerechneten Summe

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
der Bewertungsrelationen sowie der Ausgleichsbeträge nach § 3 Abs. 6 oder § 4 Abs. 9, jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr;	der Bewertungsrelationen sowie der Ausgleichsbeträge nach § 3 Abs. 6 oder § 4 Abs. 9, jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr;
2. je Krankenhausfall einen Datensatz mit folgenden Leistungsdaten	2. je Krankenhausfall einen Datensatz mit folgenden Leistungsdaten
a) krankenhausinternes Kennzeichen des Behandlungsfalles,	a) krankenhausinternes Kennzeichen des Behandlungsfalles,
b) Institutionskennzeichen des Krankenhauses,	b) Institutionskennzeichen des Krankenhauses,
c) Institutionskennzeichen der Krankenkasse,	c) Institutionskennzeichen der Krankenkasse,
d) Geburtsjahr und Geschlecht des Patienten sowie die um die letzten zwei Ziffern verkürzte Postleitzahl des Wohnorts des Patienten, bei Kindern bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres außerdem der Geburtsmonat,	d) Geburtsjahr und Geschlecht des Patienten sowie die um die letzten zwei Ziffern verkürzte Postleitzahl des Wohnorts des Patienten, bei Kindern bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres außerdem der Geburtsmonat,
e) Aufnahmedatum, Aufnahmegrund und -anlass, aufnehmende *Abteilung*, *Hauptbehandlungsabteilung,* Entlassungs- oder Verlegungsdatum, Entlassungs- oder Verlegungsgrund *und -anlass sowie entlassende Abteilung*, bei Kindern bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres außerdem das Aufnahmegewicht in Gramm,	e) Aufnahmedatum, Aufnahmegrund und -anlass, aufnehmende **Fachabteilung, bei Verlegung die der weiter behandelnden Fachabteilungen**, Entlassungs- oder Verlegungsdatum, Entlassungs- oder Verlegungsgrund, bei Kindern bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres außerdem das Aufnahmegewicht in Gramm,
f) Haupt- und Nebendiagnosen sowie Operationen und Prozeduren nach den jeweils gültigen Fassungen der Schlüssel nach § 301 Abs. 2 Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, einschließlich der Angabe der jeweiligen Versionen,	f) Haupt- und Nebendiagnosen sowie Operationen und Prozeduren nach den jeweils gültigen Fassungen der Schlüssel nach § 301 Abs. 2 Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, einschließlich der Angabe der jeweiligen Versionen, **bei Beatmungsfällen die Beatmungszeit in Stunden entsprechend der Kodierregeln nach § 17b Abs. 5 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und Angabe, ob durch Belegoperateur, -anästhesist oder Beleghebamme erbracht,**
g) Art der im einzelnen Behandlungsfall insgesamt abgerechneten Entgelte, der DRG-Fallpauschale, der Zusatzentgelte, der Zu- und Abschläge, der sonstigen Entgelte nach § 6,	g) Art der im einzelnen Behandlungsfall insgesamt abgerechneten Entgelte, der DRG-Fallpauschale, der Zusatzentgelte, der Zu- und Abschläge, der sonstigen Entgelte nach § 6,
h) Höhe der im einzelnen Behandlungsfall insgesamt abgerechneten Entgelte, der DRG-Fallpauschale, der Zusatzentgelte, der Zu- und Abschläge, der sonstigen Entgelte nach § 6.	h) Höhe der im einzelnen Behandlungsfall insgesamt abgerechneten Entgelte, der DRG-Fallpauschale, der Zusatzentgelte, der Zu- und Abschläge, der sonstigen Entgelte nach § 6.
(3) Die DRG-Datenstelle prüft die Daten auf Plausibilität und übermittelt jeweils bis zum 1. Juli die	(3) unverändert
1. Daten nach Absatz 2 Nr. 1 und Nr. 2 Buchstabe b bis h zur Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems an die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,	
2. landesbezogenen Daten nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe c und d und Nr. 2 Buchstabe g und h zur Vereinbarung des Basisfallwerts nach § 10 Abs. 1 an die Vertragsparteien auf der Landesebene,	
3. landesbezogenen Daten nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a bis c und Nr. 2 Buchstabe b und d bis g für Zwecke der Krankenhausplanung an die zuständigen Landesbehörden.	
Nach Abschluss der Plausibilitätsprüfung darf die Herstellung eines Personenbezugs nicht mehr möglich sein. Die DRG-Datenstelle veröffentlicht zusammengefasste Daten	

Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses

jeweils bis zum 1. Juli, gegliedert nach bundes- und landesweiten Ergebnissen. Bei der erstmaligen Datenübermittlung nach Absatz 1 Satz 2 werden abweichend von Satz 1 und 3 die Daten zum 1. Oktober 2002 übermittelt und veröffentlicht; die Übermittlung nach Satz 1 Nr. 2 erfolgt erstmals zum 1. Juli 2004. Dem Bundesministerium für Gesundheit sind auf Anforderung unverzüglich Auswertungen zur Verfügung zu stellen. Die DRG-Datenstelle übermittelt oder veröffentlicht Daten nach diesem Absatz nur, wenn ein Bezug zu einzelnen Patienten nicht hergestellt werden kann. Andere als die in diesem Absatz genannten Verarbeitungen und Nutzungen der Daten sind unzulässig.

(4) Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren im Benehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik die weiteren Einzelheiten der Datenübermittlung.

(4) unverändert

(5) Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 vereinbaren einen Abschlag von den Fallpauschalen für die Krankenhäuser, die ihre Verpflichtung zur Übermittlung der Daten nach Absatz 1 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen. Die DRG-Datenstelle unterrichtet jeweils die Vertragsparteien nach § 11 über Verstöße. Die Vertragsparteien nach § 11 berücksichtigen den Abschlag in den Jahren 2003 bis 2006 bei der Vereinbarung des krankenhausindividuellen Basisfallwerts.

Artikel 6

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf Artikel 4 beruhenden Teile der Bundespflegesatzverordnung können auf Grund des § 16 Satz 1 Nr. 1, 2 und 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 27. April 2001 (BGBl. I S. 772), durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 6

unverändert

Artikel 7

Inkrafttreten

(1) *Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2003* in Kraft*, soweit in den Absätzen 2 bis 4 nichts Abweichendes bestimmt ist.*

(2) Artikel *5* und 6 treten *vorbehaltlich des Satzes 2 am Tag nach der Verkündung* in Kraft. *Die §§ 1 bis 16 und 20 des Krankenhausentgeltgesetzes* treten am 1. Januar *2003* und die §§ 17 bis 19 treten am 1. Januar 2005 in Kraft.

(3) Artikel *3* und *4* Abs. *2* treten am 1. Januar *2004* in Kraft.

(4) *Artikel 4 Abs. 3 tritt am 1. Januar 2005* in Kraft.

Artikel 7

Inkrafttreten

(1) Artikel 1 mit Ausnahme von Nr. 3a, 4, 6 sowie 6b, Artikel 2 mit Ausnahme von Nr. 01, 1 und 5 § 17c Abs. 1 bis 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie Nr. 6 Buchstabe c Doppelbuchstabe bb, Artikel 4 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 5, Artikel 5 mit Ausnahme der §§ 17 bis 19 des Krankenhausentgeltgesetzes und Artikel 6 treten am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel **2** Nr. **6 Buchstabe c Doppelbuchstabe bb, Artikel 3 mit Ausnahme von Nr. 2 und Artikel 4 Abs. 2 mit Ausnahme von Nr. 5** treten **am** 1. Januar **2004** in Kraft.

(3) Artikel **4 Abs. 3 und Artikel 5 §§ 17 bis 19 des Krankenhausentgeltgesetzes** treten am 1. Januar **2005** in Kraft.

(4) Im Übrigen tritt das Gesetz am 1. Januar 2003 in Kraft.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333